



## Saber y experiencia de el/la estudiante de enfermería en sus prácticas de cuidado

Luz Nelly Rivera Alvarez

**ADVERTIMENT.** La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) i a través del Dipòsit Digital de la UB ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

**ADVERTENCIA.** La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) y a través del Repositorio Digital de la UB ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

**WARNING.** On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) service and by the UB Digital Repository ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



**SABER Y EXPERIENCIA DE EL/LA ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA  
EN SUS PRÁCTICAS DE CUIDADO**

Doctoranda:

**Luz Nelly Rivera Alvarez**

Dirigida por:

**Dr. José Luís Medina Moya**

**Dra. Marta Lenise do Prado**

Programa de doctorado:

**EDUCACIÓN Y SOCIEDAD**

**FACULTAD DE PEDAGOGÍA  
UNIVERSIDAD DE BARCELONA**

**2013**

Ilustración Portada:

Luna Eva

*A Julián y Luna Eva*

*Por su amor, comprensión y apoyo*

*A los y las estudiantes de enfermería*



## AGRADECIMIENTOS

Un especial agradecimiento para ti Luna Eva, hija, por tu alegría, comprensión, paciencia y amor, eres mi inspiración para ser cada día mejor persona, gracias porque en muchos momentos de la tesis me inspiraste intelectual y afectivamente.

Julián, compañero de vida, gracias por todo tu sacrificio, comprensión, esfuerzo y apoyo, estoy convencida que ha sido una experiencia de aprendizaje y crecimiento para los dos.

Este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo del Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación *Colciencias* de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia. Mis más sinceros agradecimientos.

Agradezco al Dr. José Luís Medina, quien con su reflexión, pregunta e intuición pedagógica junto con su rigurosidad, disposición y compromiso como investigador me oriento y acompaño a lo largo de esta experiencia. Gracias por permitir que en ésta hubiese cabida para la rebeldía pedagógica, la curiosidad intelectual y la libertad para ser.

Agradezco a la Dra. Marta Lenise do Prado, por su sabia orientación, escucha, serenidad y confianza. También agradezco a profesoras excepcionales como la Dra. Vania Backes y la Dra. Remei Arnaus por su presencia y confianza.

A las colegas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia por el tiempo otorgado y apoyo para la realización de la presente tesis. A las profesoras Helena Puerto, Patricia Díaz, Elizabeth Vargas, Gloria Carrillo, Lucero López, Evelyn Vásquez; y colegas y amigos Álvaro Triana, Fabiola Pérez, Carlos Rojas, quienes con sus palabras de ánimo y apoyo desde la distancia, me motivaban a seguir adelante.

Agradezco al equipo directivo de la Escuela Universitaria de la Universidad de Barcelona y a la Unidad de Formación Continuada y la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario de Bellvitge por el apoyo brindado para la realización del trabajo de campo.

Un sincero agradecimiento a cada uno y una de los/as estudiantes de enfermería, a Rosa, Aura, Esteban, Daniel, Carla, Miriam, Irene, Sonia, Nadia, Antonia y Montse, a las profesoras Blanca y Diana y al enfermero Jordi por la confianza, colaboración, disponibilidad y preocupación, por permitirme *estar* en sus prácticas de cuidado y en el aula de clase y por compartir sus experiencias vividas.

Mi más profundo agradecimiento para todas aquellas personas que durante esta etapa de formación estuvieron ahí y de las cuales aprendí mucho. Gracias a Marta Ballester, amiga del alma, a Emma Quiles, Paz Moscoso, Roberta Waterkemper, Jacqueline Monardes y Jordi Bonaterra, amigas/o y compañeras/o, por las conversaciones compartidas tan profundas, llenas de sentido y con la confianza de estar-ahí.

A los y las profesores/as de la Facultad de Pedagogía de la Universidad de Barcelona que me permitieron participar en sus asignaturas como oyente por sus valiosas y enriquecedoras reflexiones que siempre me invitaron a pensar-*me*.

A Astrid, mi hermana del alma, quien en los momentos más difíciles, pese a la distancia, estuvo ahí para sostenerme.

A mi madre por su valentía para asumir su enfermedad y comprender mi ausencia en este momento de su vida.

A Roser...

## Índice

RESUMEN .....	1
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>3</b>

### PRIMERA PARTE

CAPÍTULO 1. PRESENTACIÓN Y PROPÓSITOS .....	9
1.1 CONTEXTO INTELECTUAL, PROFESIONAL Y BIOGRÁFICO .....	9
1.1.1 <i>La negatividad de la experiencia en sentido productivo.</i> .....	11
1.2 JUSTIFICACIÓN .....	20
1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN .....	28
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	29

### SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO 2. EL PRÁCTICUM COMO EJE DEL CURRÍCULUM EN LA FORMACIÓN DE ENFERMERÍA .....	33
2.1 INTRODUCCIÓN .....	33
2.2 LA RACIONALIDAD CIENTÍFICA Y PEDAGÓGICA DE ORIENTACIÓN TÉCNICA .....	36
2.3 RACIONALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA EN EL CURRÍCULUM ENFERMERO: ECO EN LA PRÁCTICA .....	39
2.4 ENFERMERÍA: <i>PRAXIS Y POIESIS</i> .....	43
2.5 LA PRAXIS: EL ARTE PROFESIONAL EN LA PRÁCTICA .....	46
2.6 LA PRÁCTICA REFLEXIVA Y LA SABIDURÍA ÉTICA .....	51
2.7 EL PRÁCTICUM CLÍNICO COMO ESPACIO PARA LA ENSEÑANZA DEL ARTE PROFESIONAL .....	56
2.7.1 <i>Tregua involuntaria de incredulidad.</i> .....	60
CAPÍTULO 3. LA RELACIÓN PEDAGÓGICA COMO RELACIÓN DE CUIDADO .....	65
3.1 EL VALOR DE LA EXPERIENCIA EN LA PEDAGOGÍA .....	65
3.2 LA SITUACIÓN PEDAGÓGICA COMO SITUACIÓN HUMANA: DIÁLOGO VIVO .....	70
3.3 RELACIÓN PEDAGÓGICA: RELACIÓN DE INFLUENCIA PEDAGÓGICA .....	76
3.4 LA RELACIÓN PEDAGÓGICA COMO CONVERSACIONES CONVERGENTES .....	84
3.4.1 <i>El dejarse-decir-algo al interior de la acción tutorial.</i> .....	88
3.5 LA RELACIÓN PEDAGÓGICA COMO RELACIÓN DE CUIDADO .....	91



## TERCERA PARTE

CAPÍTULO 4. DISEÑO METODOLÓGICO .....	99
4.1 INTRODUCCIÓN .....	99
4.2 FUNDAMENTACIÓN ONTOEPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO .....	101
4.2.1 Aspectos del ser y la naturaleza de la realidad social. ....	102
4.2.2 Aportaciones epistemológicas desde la hermenéutica gadameriana.....	106
4.2.3 Actitud reflexiva asumida en la investigación: Movimiento del preguntar-pensante. ....	111
4.2.4 Círculo hermenéutico de la comprensión: interpenetración del movimiento de la tradición y del movimiento del intérprete.....	115
4.2.4.1 Características del conocimiento que se obtendrá en el estudio. ....	119
4.3 APROXIMACIÓN METODOLÓGICA: UN ESTUDIO INTERPRETATIVO ETNOGRÁFICO.....	120
4.3.1 Criterios metodológicos. ....	123
4.3.2 Selección de participantes.....	125
4.4 ESTRATEGIAS DE RECOGIDA DE DATOS .....	126
4.4.1 Observación.....	126
4.4.2 Conversación informal posterior a la observación. ....	129
4.4.3 Entrevistas cualitativas. ....	130
4.4.4 Materiales escritos. ....	133
4.5 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN .....	134
4.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN .....	134
CAPÍTULO 5. DESARROLLO HISTÓRICO, SOCIAL E INTELECTUAL DEL TRABAJO DE CAMPO Y EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	137
5.1 INTRODUCCIÓN .....	137
5.2 EL DESARROLLO DEL TRABAJO DE CAMPO .....	138
5.3 SELECCIÓN DE LOS/AS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....	138
5.4 PRIMEROS CONTACTOS: EL CUIDADO DE LOS COMIENZOS .....	142
5.5 LA ENTRADA AL ESCENARIO: LA RECOGIDA DE INFORMACIÓN .....	145
5.5.1 Observación no participante en los seminarios.....	147

## Índice

5.5.1.1	Uso de cámara de video. ....	148
5.5.2	<i>Observación como participante en las prácticas clínicas.</i> .....	149
5.5.3	<i>Conversaciones informales durante y después de la observación clínica.</i> .....	154
5.5.4	<i>Entrevistas en profundidad.</i> .....	156
5.5.5	<i>Materiales escritos.</i> .....	160
5.6	RIGOR METODOLÓGICO Y CREDIBILIDAD EN LA INVESTIGACIÓN.....	162
5.6.1	<i>Credibilidad.</i> .....	163
5.6.2	<i>Transferibilidad.</i> .....	165
5.6.3	<i>Confirmabilidad.</i> .....	166
5.7	PROCESO DE ANÁLISIS Y COMPRESIÓN DE LOS DATOS EN EL DEVENIR DE LA INVESTIGACIÓN.....	166
5.7.1	<i>Organización de la información y sistemas de notación.</i> .....	168
5.8	ANÁLISIS <i>IN VIVO</i> DURANTE LA RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN .....	171
5.9	ANÁLISIS <i>INTENSO</i> DE LA INFORMACIÓN .....	173
5.9.1	<i>Codificación abierta: Categorización de unidades de significado.</i> .....	174
5.9.2	<i>Codificación axial: Reagrupación en núcleos temáticos o metacategorías.</i> .....	185
6.2.3	<i>Codificación selectiva: Identificación de ejes cualitativos e integración de resultados.</i> .....	190

## CUARTA PARTE

CAPÍTULO 6.	RESULTADOS .....	197
6.1	INTRODUCCIÓN .....	197
6.2	CONTEXTO INSTITUCIONAL Y CURRICULAR DE LA ASIGNATURA ESTADES CLINIKES II .....	198
6.3	RELACIÓN ESTUDIANTE-ENFERMERA/O. NÚCLEO DE PARTIDA PARA EL DEVENIR DE LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	200
6.3.1	<i>Ser estudiante de enfermería en un terreno desconocido e incierto para él: la práctica clínica.</i> .....	202
6.3.1.1	Sentimientos del estudiante de enfermería.....	202
6.3.1.2	'Como estudiantes nos tenemos que callar' .....	204
6.3.1.3	Preocupaciones ejes del estudiante de enfermería en el primer momento del prácticum. ....	207
6.3.1.4	Preocupación de la/el estudiante ante la rotación de unidad: Momento de incerteza respecto al ser enfermera/o. ....	211
6.3.1.5	Preocupación por el examen in situ en su etapa final del prácticum hospitalario. ....	216
6.3.2	<i>La relación educativa estudiante–enfermero/a tutor/a que ‘está por el/la estudiante’.</i> .....	221

## Índice

6.3.2.1 'Estar por mí' .....	221
6.3.2.2 'Confía en mí' .....	232
6.3.2.3 Estar por la estudiante: Ofrecer lo mejor de sí .....	237
6.3.2.4 Estar por el/la estudiante es conocer y conectar con él/ella .....	243
6.3.2.5 'Cada vez voy más por libre' .....	245
6.3.2.6 Autorizar ante la equivocación: 'no me mete presión' .....	249
6.3.2.7 Autorizar a no-saber .....	253
6.3.2.8 Aprender a hacer versus 'hacer bien la técnica pero sin saber el porqué' .....	253
6.4 CONVERGENCIA DE SIGNIFICADOS ENTRE ESTUDIANTE Y ENFERMERA TUTORA RESPECTO AL CUIDAR COMPETENTE EN ENFERMERÍA .....	256
6.4.1 <i>Entrega y recibo del parte: punto de partida para la interrelación, el desarrollo del razonamiento clínico y la planificación de cuidados</i> .....	257
6.4.1.1 Contextualización: Momento para la imaginación clínica y la interrelación. ....	257
6.4.1.2 Desarrollo del raciocinio y juicio clínico y planificación de cuidados .....	262
6.4.1.3 Entregar el parte a el/la enfermero/a: estrategia didáctica .....	268
6.4.2 <i>Entrar en la habitación del otro/a</i> .....	270
6.4.2.1 Exploración física de la persona hospitalizada: El decir y escuchar .....	273
6.4.2.2 Enseñanza de habilidades clínicas: Demostrar e Imitar .....	277
6.4.2.3 Exploración física de la persona hospitalizada por parte de la estudiante .....	281
6.4.2.4 La enseñanza de habilidades y procesos clínicos centrada en el cuidado del/ de la estudiante y en el cuidado del paciente. ....	284
6.4.3 <i>Camino hacia la Autonomización de la estudiante: 'Proceso en el que cada vez voy más por libre'</i> .....	290
6.4.3.1 Hacer copartípe a la estudiante en la toma de decisiones: Priorizar los cuidados. ....	290
6.4.3.2 Delegar tareas a el/la estudiante. ....	293
6.4.4 <i>Cualidades reflexivas del/de la estudiante</i> .....	298
6.4.4.1 Desarrollo de cualidades perceptivas y consciencia situacional de las necesidades del y de la otro/a .....	298
6.4.4.2 Curiosidad epistemológica .....	303
6.4.4.3 Atención operativa e Imitación reflexiva de la estudiante. ....	307
6.4.5 <i>La administración de medicamentos: momento didáctico-creativo para la interrelación entre fisiopatología y tratamiento farmacológico</i> .....	317

## Índice

6.4.6 <i>El seminario del prácticum hospitalario. Espacio estructural para la integración y construcción del razonamiento clínico.</i> .....	320
6.4.6.1 La corrección colectiva: aprender del error.....	326
6.5 LA PRÁCTICA CLÍNICA DEL ESTUDIANTE. CONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADOS ENTORNO AL ACTO DE CUIDAR A OTRA PERSONA	331
6.5.1 <i>Cuidar a otro/a: una carga emocional para la que no estamos preparados.</i> .....	332
6.5.1.1 Presenciar la experiencia del morir del otro/a.....	336
6.5.1.2 'Me quedé como vacía'. .....	342
6.5.2 <i>Escuchar y Responder / Conocer y Conectar con la persona hospitalizada.</i> .....	345
6.5.3 <i>Perspectiva ética del acto de Cuidar.</i> .....	351
6.5.3.1 Informar a la persona hospitalizada y su familia. ....	351
6.5.3.2 Miedo a dar una mala información. ....	354
6.5.4 <i>El acompañamiento del/de la enfermero/a tutor/a: Cuidar a la estudiante y Cuidar a la persona hospitalizada.</i> .....	355
6.5.4.1 'El estar-presente, el hacerte-estar-presente'.....	355
6.5.4.2 Orientar hacia una relación de confianza entre persona hospitalizada y estudiante.....	358
6.5.4.3 Ponerse delante de la emoción del otro/a. ....	362
6.5.5 <i>'Ir con cuidado acorde a la singularidad de la situación'.</i> .....	366
6.5.5.1 Tratar de forma individualizada según la situación actual del paciente y de la familia.....	366
6.5.5.2 'Ir con cuidado'. ....	368
6.5.6 <i>Situación humana: Dejar-ser al otro/a</i> .....	371
6.5.6.1 Consciencia de sí y Consciencia de la experiencia del otro/a. ....	375
6.5.7 <i>Trayectoria de una práctica autónoma de la estudiante.</i> .....	378
6.5.7.1 Cuidar de manera holística.....	378
6.5.7.2 Actuar delante de situaciones cambiantes.....	381
6.5.7.3 Hacia el desarrollo del sentido de Saliencia de la estudiante: 'Tú qué harías si fueras enfermera'. ....	387

## QUINTA PARTE

CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES, PROPUESTAS Y REFLEXIONES FINALES .....	395
7.1 CONCLUSIONES.....	395
7.1.1 <i>Experiencia del y de la estudiante en su prácticum clínico</i> .....	395

Índice

7.1.2 <i>El significado y el papel de la relación pedagógica entre enfermera/o y estudiante en su formación clínica</i> .....	397
7.1.3 <i>Integración de la práctica reflexiva, el razonamiento clínico, las cualidades relacionales y éticas, y la reflexión sobre sí en las situaciones clínicas del/de la estudiante</i> .....	400
7.2 LAS PROPUESTAS.....	404
7.3 LOS APRENDIZAJES.....	407
REFERENCIAS .....	409

## **INDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Sistema de Notación.....	169
Tabla 2. Definición de categorías emergentes y número de unidades de significado .....	177
Tabla 3. Núcleos temáticos o metacategorías emergentes, definición y categorías relacionadas .....	187

## **INDICE DE ANEXOS**

**Anexo 1.** Consentimiento informado

**Anexo 2.** Carta solicitud Escuela Universitaria

**Anexo 3.** Carta solicitud Hospital Universitario Bellvitge

**Anexo 4.** Dictamen final Comité de ética Hospital Universitario de Bellvitge

**Anexo 5.** Respuesta a CEIC

**Anexo 6.** Cronograma de trabajo de campo y análisis

**Anexo 7.** Formato de Observación

**Anexo 8.** Guion de entrevista estudiantes

**Anexo 9.** Guion entrevista profesora

**Anexo 10.** Guion entrevista enfermero

**Anexo 11.** Registro impresiones postentrevistas

**Anexo 12.** Situaciones pedagógicas

**Anexo 13.** Categorías y número de unidades de significado

**Anexo 14.** Definición de categorías

*Índice*

**Anexo 15.** Metacategorías y Ejes cualitativos

**Anexo 16.** Eje 1 Relación estudiante- enfermera-o

**Anexo 17.** Eje 2 Convergencia de significados en la formación de enfermería

## RESUMEN

Esta tesis describe la experiencia del y de la estudiante de enfermería en su prácticum clínico, la *relación pedagógica* entre estudiante y enfermero/a, el papel que ésta desempeña en su *formación* clínica en diferentes dimensiones: desarrollo del razonamiento y habilidades clínicas, elaboración de significados en torno al acto de cuidar, fortalecimiento de cualidades relacionales y éticas, reflexión sobre sí como cuidador y la *integración* de estas dimensiones en las situaciones clínicas —en la interacción con la persona hospitalizada—.

Se trata de una investigación educativa inscrita desde una perspectiva teórica fenomenológico-hermenéutica y desde una aproximación metodológica etnográfica. El trabajo de campo fue desarrollado en el marco de las asignaturas Practicum Hospitalario II y Estadísticas Clínicas II y las prácticas clínicas de las/os estudiantes de enfermería en una Escuela Universitaria de Enfermería y un Hospital Universitario desde marzo de 2011 hasta febrero de 2012; las estrategias de recogida de datos fueron la observación no participante, la observación participante, la conversación informal, la entrevista en profundidad y los materiales escritos.

Los ejes cualitativos emergentes fueron: *la relación estudiante-enfermera/o como núcleo de partida para el desarrollo de la práctica clínica* y *la convergencia de significados entre estudiante y enfermera tutora respecto a la formación en el cuidar competente en enfermería*.

La relación pedagógica que *está por ella estudiante* es concebida en el presente estudio como una relación de cuidado que le proporciona seguridad, confianza y autonomía. Es el núcleo de partida para el desarrollo del razonamiento clínico, el pensamiento reflexivo, las habilidades clínicas, el sentido de saliencia, la construcción de significados de manera convergente en torno al acto de cuidar a otra persona de manera holística y situada, y el favorecimiento de la práctica



autónoma de el/la estudiante en inter-*acciones* de cuidado competentes reflexivas, científicas, dialógicas (intersubjetivas) y éticas con/en la persona hospitalizada.

### **ABSTRACT**

This thesis describes the nursing student experience in her/his clinical practicum, the pedagogical relationship between student and nurse, the role that she/he plays in her/his clinical training in different dimensions: development of reasoning and clinical skills, meanings elaboration around the act of caring, strengthening of relational and ethical qualities, self-reflection as a caretaker and the integration of these dimensions in clinical situations-on interaction with the hospitalized person.

This is an educational research enrolled from a theoretical phenomenological-hermeneutic perspective and from an ethnographic methodological approach. Fieldwork was developed in the framework of the courses “Practicum Hospitalario II and Estades Clínicas II” and clinical practices of the nursing students in a Nursing University School and a university Hospital from March 2011 until February 2012, the data collection strategies were non-participant observation, participant observation, informal conversation, in-depth interviews and written materials.

The emerging qualitative axes were: the student-nurse relationship as starting center for the development of clinical practice and the meanings convergence between student and tutor nurse regarding training in competent nursing care. The pedagogical relationship which is by the student is conceived in this study as a care relationship that provides security, confidence and independence. It is the core base for the development of clinical reasoning, reflective thinking, clinical skills, sense of salience, the meanings construction in a convergent way around act of caring for another person in a holistically and located, and favoring student autonomous practice in care inter-actions reflective, competent, scientific, dialogical (intersubjective) and ethical with the hospitalized person.

---

## INTRODUCCIÓN

---

Esta tesis, denominada *Saber y experiencia del y de la estudiante de enfermería en sus prácticas de cuidado*, nace de la convicción de que el/la estudiante trae a sus prácticas clínicas un saber experiencial, fruto de su biografía y su ser histórico, y es aquí donde éste puede emerger e integrarse con los saberes propios de la tradición enfermera.

La práctica clínica se configura como un espacio abierto, dinámico y cambiante caracterizado por la ambigüedad y complejidad de las situaciones clínicas (Cònsul, 2010); situaciones que llevan al estudiante a procesos de reflexión, deliberación, planteamiento de tentativas de acción, razonamiento clínico y toma de decisiones. Por tanto, constituye un escenario propicio para desvelar la diversa amalgama de saberes de tipo cognitivo, ético, personal, estético, relacional, cultural, sociopolítico, entre otros, que trae el/la estudiante de enfermería.

En este escenario cobra relevancia la relación pedagógica que construyen enfermero/a tutor/a y estudiante. Una relación en la que el papel del o de la enfermero/a tutor/a es determinante en la formación clínica del y de la estudiante y que precisa de una *mediación intencional, deliberada y reflexiva* con aquello que lleva incorporado como experiencia y valor (Contreras, 2006) de la práctica enfermera. *Mediación* que puede guiar al o a la estudiante a reflexionar *desde* su experiencia, a indagar curiosa y epistemológicamente, a fomentar la reflexión sobre sí como aprendiz y como cuidador, a favorecer el desarrollo del pensamiento reflexivo, analítico y crítico (Dewey, 1928), a dialogar en torno a los significados del acto de cuidar a una persona

hospitalizada, a articular los resultados de sus procesos reflexivos con su futura práctica y a fomentar *inter-acciones* de cuidado competentes reflexivas, científicas, dialógicas (intersubjetivas) y éticas con/en la persona hospitalizada.

De este modo, la finalidad del proyecto es describir tres aspectos: la experiencia del y de la estudiante en su prácticum clínico; el significado y el papel de su relación con la enfermera tutora en su formación clínica, reflexiva, relacional y ética; y su experiencia de las situaciones clínicas —en interacción con la persona hospitalizada— en donde integra la práctica reflexiva, el razonamiento clínico, las cualidades relacionales y éticas, y la reflexión sobre sí.

Por tanto, se trata de una investigación educativa sobre la experiencia de formación del y de la estudiante de enfermería en su práctica clínica. La cual he investigado desde una perspectiva epistemológica constructivista (Latorre, Rincón, & Arnal, 2003), articulada en el paradigma hermenéutico o interpretativo (Guba & Lincoln, 1989: 83), y desde una perspectiva teórica fenomenológico-hermenéutica.

El presente trabajo está estructurado en cinco partes conteniendo en total siete capítulos.

En la primera parte, *presentación y propósitos*, presento el contexto intelectual, profesional y biográfico que da origen a mis preguntas de investigación y los objetivos del estudio.

En la segunda parte, presento el marco teórico en dos capítulos, el primero de ellos trata sobre *el prácticum como eje del curriculum en la formación de enfermeras*, en el cual profundizo sobre la racionalidad científica y pedagógica de orientación técnica que predomina en el curriculum de enfermería y su eco en la práctica; planteo la enfermería como *praxis y poiesis*, y destaco el papel de la práctica reflexiva, la sabiduría ética y la intuición en la formación clínica de enfermeras. El segundo capítulo trata sobre *la relación pedagógica como relación de cuidado*, en el cual abordo el valor de la experiencia en la pedagogía, la situación pedagógica como situación humana, la relación pedagógica como relación de influencia pedagógica que toma la forma de

conversaciones convergentes, el *dejarse-decir-algo* en el interior de la práctica pedagógica, para finalmente destacar la relación pedagógica como relación de cuidado.

En la tercera parte, presento el método y trabajo de campo en dos capítulos. En el primero desarrollo *el diseño metodológico* del estudio, su fundamentación ontoepistemológica, la aproximación metodológica; en concreto profundizo sobre la etnografía, los criterios metodológicos y los métodos de recogida de la información; por último, presento las consideraciones éticas de la investigación. En el segundo presento el *desarrollo histórico, social e intelectual del trabajo de campo y análisis de la información*, la selección de los/as participantes, la entrada en el escenario con su respectiva recogida de la información, el desarrollo del trabajo de campo, el proceso de análisis y comprensión de los datos, la agrupación de las unidades de significado en categorías y en núcleos temáticos emergentes, y por último los ejes cualitativos que constituyen el sentido global del estudio.

En la cuarta parte, presento *los resultados* del estudio, se trata de una inmersión en el mundo práctico de los estudiantes de enfermería donde profundizo sobre la relación estudiante y enfermera/o como núcleo de partida para el devenir de la práctica clínica, los sentimientos y principales preocupaciones de los estudiantes, la relación pedagógica que *está por el estudiante*, la trayectoria de una práctica pedagógica dialógica que conduce hacia la convergencia de significados entre estudiante y enfermera/o respecto al cuidar competente en enfermería y por ende hacia la formación reflexiva, clínica, relacional y ética de el/la estudiante, la construcción de significados en torno al acto de cuidar a otra persona y lo que implica emocional y éticamente para el estudiante cuidar a otro/a, y por último, presento situaciones clínicas en donde el/la estudiante desarrolla una práctica autónoma en interacción con la persona hospitalizada.

La quinta y última parte recoge las conclusiones y reflexiones finales, así como algunas preguntas para próximas investigaciones sobre la experiencia práctica y la formación clínica de los/as estudiantes de enfermería.



---

**PRIMERA PARTE**

---



## Capítulo 1. Presentación y propósitos

*Enseñar como mostrar, no como torsión hacia el dolor: mostrar el árbol que aún no existe, la trayectoria invisible de un sonido hasta su inesperada palabra, la rebelión de una idea y sus cenizas, el instante en que la lluvia es posterior a su semblanza. Enseñar como señalar, no como acusación de ignorancia: señalar hacia lo más lejano y lo más próximo, darse cuenta de lo mínimo y olvidar lo absoluto, mirar hacia los lados como quien se sumerge en turbulencias. Enseñar como dar, no como mezquindad partida: dar lo que nos viene, lo que no es nuestro, lo que todavía no nace ni muere, dar la voz que se tenía en el instante que no se sabía. Enseñar como partir, no como llegada a puerto. (Skliar C.)*

### 1.1 Contexto intelectual, profesional y biográfico

La experiencia de elaborar una tesis doctoral ha significado para mí un movimiento interno y externo de *transformación*, tanto de mi práctica pedagógica como profesional, un movimiento que ha interpelado y no ha dejado incólume mi historia de vida<sup>1</sup>. Ha sido un proceso en esencia inefable e incierto, metafóricamente un camino que no ha estado trazado y no ha seguido una trayectoria lineal, que “no se extiende desde algún de-dónde hasta algún a-dónde a manera de una carretera trazada, ni existe de por sí en parte alguna” (Heidegger, 1958: 163).

Este recorrido se ha entretejido con mis propias búsquedas y experiencias como persona y profesional, progresivamente me ha llevado a lugares nuevos y extraños para mí, a atravesar caminos de *formación*, en los que se padece y se hace experiencia<sup>2</sup>. Es un trayecto que como peregrina, he ido señalando, indicando, dialogando con/en él, construyendo y de-construyendo, viendo los pasos andados y desandados, observando las señales que lo van designando y dando

---

<sup>1</sup> En palabras de Eisner (1998) “La presencia de la voz en el texto y el uso del lenguaje expresivo también son importantes para fomentar el entendimiento humano. Los psicólogos alemanes lo llaman *Einführung*. En inglés se llama *empathy*. La empatía es la capacidad de ponerse en la piel de otro ser humano. (...) Los buenos escritores te colocan ahí. La empatía concierne al sentimiento o a la emoción, y la emoción, curiosamente, suele ser entendida como el enemigo de la cognición” (p. 36). Por tanto, me he decantado por darle presencia a mi voz en el texto al escribir en primera persona.

<sup>2</sup> Adopto aquí el pensamiento de Larrosa sobre la experiencia, entendida como lo que nos pasa; es existencial, requiere una relación con algo fuera de sí, en un movimiento de ida y vuelta, que al pasarnos, nos forma o nos transforma. La experiencia es convertirse en lo que se es. La experiencia más que hacerse de manera intencional, se padece, es más pasiva que activa. En este sentido Gadamer (2000) expone: “La verdadera experiencia es así experiencia de la propia historicidad” (p. 434).



los saltos<sup>3</sup> necesarios —algunos inseguros, otros más firmes— en las distintas bifurcaciones y abismos que se han presentado. Ha sido un camino abierto a las preguntas, que tal como afirma Heidegger (1958), se han ido haciendo cada vez más dignas de preguntarse<sup>4</sup>, y han orientado mi pensamiento pedagógico: *¿Qué sentido y significado tiene para mi práctica pedagógica elaborar una tesis doctoral que trata sobre la formación en enfermería?, ¿cómo la formación en enfermería me compromete a mí?, ¿cómo miro la formación en enfermería y cómo me relaciono con ella?*

El inicio de esta experiencia investigadora se sitúa en el año 2008, cuando —apoyada por la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia<sup>5</sup> y el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación *Colciencias* de la República de Colombia<sup>6</sup>— llegué a la Universidad de Barcelona a cursar los estudios del programa de Doctorado en Educación y Sociedad. Un primer paso que implicó tomar decisiones —personales y familiares—, asumir riesgos y elaborar *tentativas* de acción para llevar adelante este proyecto. Aprendí que la incertidumbre, la perplejidad, la duda y la vacilación forman parte de la experiencia humana.

De acuerdo con Dewey (1928) el pensamiento comienza en una situación de perplejidad, la cual requiere que hagamos una pausa. En sus propias palabras una ‘suspensión de la incertidumbre’. Lo ejemplifica metafóricamente con el hecho de subirse a un árbol y desde allí

---

<sup>3</sup> Aprender a pensar es un camino largo para Heidegger (1958), por el cual sólo nos atrevemos a dar unos pasos para llegar a la antesala del pensar. Pasos que nos llevan hacia lugares que “es menester cruzar para llegar a donde no queda otro recurso que el salto. (...) Sólo el salto nos coloca en el lugar del pensar. (...) El salto nos lleva de golpe a donde todo es diferente, de suerte que nos extraña.” (p.18).

<sup>4</sup> “La pregunta no puede despacharse, no sólo ahora, sino jamás. En el supuesto de que salgamos al encuentro de lo que aquí se pregunta, (...), la pregunta sólo se va haciendo cada vez más digna de preguntarse. En cuanto dirigimos la pregunta a partir de esta cuestionabilidad, estamos pensando” (Heidegger, 1958).

<sup>5</sup> Ver <http://www.unal.edu.co/>

<sup>6</sup> Ver <http://www.enfermeria.unal.edu.co/>

<sup>7</sup> Ver <http://quihicha.colciencias.gov.co/web/guest/home>

observar y conectar los hechos de la situación de una manera contextual, global, multidimensional y compleja (Morin, 2001).

Esta suspensión de la incertidumbre me permitió *mirar hacia atrás*, hacia mi propia experiencia biográfica, intelectual y profesional, y hacer una lectura de aquellas lógicas que determinaban de una u otra manera mi práctica pedagógica. Esta mirada *me permitió descubrir la conexión que existe entre pasado y presente, de modo tal que el presente pueda ampliarse al futuro, abriendo camino y proyectando posibilidades*<sup>8</sup>. Para Dewey, “la experiencia presente debe extenderse «hacia atrás». Sólo puede ampliarse al futuro en la medida en que ha sido ampliada para penetrar en el pasado” (Dewey, 2004: 115). Gadamer designa lo anterior con la noción del **horizonte histórico**:

*El horizonte es más bien algo en lo que hacemos nuestro camino y que hace el camino con nosotros. El horizonte se desplaza al paso de quien se mueve. También el horizonte del pasado, del que vive toda vida humana y que está ahí bajo la forma de la tradición, se encuentra en perpetuo movimiento. (Gadamer, 2007: 375)*

### **1.1.1 La negatividad de la experiencia en sentido productivo.**

El devenir de mi formación doctoral estuvo entrelazado por momentos de desconcierto y de negatividad, como el largo proceso de contacto y negociación con instituciones para el trabajo de campo, este propio trabajo en sí, las dificultades inherentes a la escritura de la tesis. Situaciones en las que me sentí al borde del abismo, donde fue necesario lanzarme y saltar, permitirme sentir el vacío y aprender a sostenerme en él, volar, para llegar a otros terrenos más fructíferos, posibles y renovados. Un salto en el que se atisbaba mi miedo a equivocarme, a no hacerlo bien, pero también a sentir mi propia fuerza. Fueron momentos determinantes porque significó “*mirar hacia atrás*”, “*percatarme de mí misma*”, cuestionar mi práctica docente y mi proceso de

---

<sup>8</sup> Heidegger (1958) metafóricamente representa esta noción del tiempo pasado-presente y futuro, con la construcción de caminos que se construyen a partir del pensar. “El pensar construye su camino primeramente con el preguntar interrogante. Más tal construcción de caminos tiene mucho de peregrino. Lo ya construido no queda atrás ni sigue estando allí, sino que queda empotrado en el paso siguiente y aun le sirve de puente” (p. 164).

formación doctoral, advertir algunas limitaciones de mi propia subjetividad y su efecto en mi práctica docente, cuestionar creencias entorno a mi práctica pedagógica (Larrosa, 2010; Osorio, 1999) y la racionalidad que determinaba de una u otra manera mi ser/hacer docente. No pretendo decir que me agoté en el saber y el conocer, porque de acuerdo con Gadamer (2007: 372) “Ser histórico quiere decir no agotarse nunca en el saberse”.

La negatividad de la experiencia la planteo aquí, en el sentido productivo que le da Gadamer (2007), como la experiencia que se «hace» y que nos permite darnos cuenta de cómo son las cosas:

*Y cuando se considera la experiencia sólo por referencia a su resultado se pasa por encima del verdadero proceso de la experiencia; pues éste es esencialmente negativo. (...) hablamos de experiencia en un doble sentido, por una parte como las experiencias que se integran en nuestras expectativas y las confirman, por la otra como la experiencia que se «hace». Esta, la verdadera experiencia, es siempre negativa. Cuando hacemos una experiencia con un objeto esto quiere decir que hasta ahora no habíamos visto correctamente las cosas y que es ahora cuando por fin nos damos cuenta de cómo son. La negatividad de la experiencia posee en consecuencia un particular sentido productivo. No es simplemente un engaño que se vuelve visible y en consecuencia una corrección, sino que lo que se adquiere es un saber abarcante. (Gadamer, 2007: 428-429)*

Pensar mi propio horizonte histórico como enfermera y profesora hizo que me diera cuenta, entre otras cosas, de que en el interior de mi práctica pedagógica imperaba una racionalidad científico-técnica, que no concedía el tiempo y espacio necesario para realizar un proceso reflexivo de *consciencia de sí* (Freire, 1997b; Gadamer, 2007) en el rol de estudiantes y de profesora en el interior del acto educativo. Para desgranar la anterior reflexión me parece importante presentar los hitos más relevantes de mi vida profesional en un diálogo entre pasado y presente.

Profesionalmente me he desempeñado como enfermera hospitalaria y como docente de enfermería. Egresada hace 15 años como Licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, realicé una especialización en Enfermería en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI)

en la Universidad de Navarra<sup>9</sup>, y mi desempeño como enfermera ha transcurrido principalmente en los servicios de hospitalización de Urgencias y Unidades de Cuidado Intensivo.<sup>10</sup>

Las anteriores experiencias profesionales y de formación profesional me permitieron conocer y apreciar la diversidad de lenguajes que existen en la Enfermería, especialmente el que está centrado en la persona que se cuida<sup>11</sup>, aquel que pone el acento en gestos sutiles como el tacto afectivo y decidido (*Purposeful touch*), la mirada compasiva, el tono de voz que acompaña, el dar una palabra justa y oportuna, la sensibilidad ante el dolor y la necesidad del otro/a, la presencia genuina del ‘estar-ahí’, la abogacía (*advocacy*) y el reconocimiento del otro/a como de sí mismo en el acto de cuidado.

Durante los años 2005-2007 me incorporé como profesora de enfermería a la Universidad Nacional de Colombia. Simultáneamente participé en dos escenarios, es decir, continué como enfermera asistencial en la Clínica, y a la vez ejercía como profesora universitaria. Este período de tiempo me permitió cuestionar los marcos institucionales en los que se insertaba la práctica enfermera asistencial, cuyos discursos y *modus operandi* conducían a la práctica de una “enfermería de urgencia” (Benner, 1987). Caracterizada ésta por la escasez de personal y la sobrecarga laboral —con la subsiguiente carencia de tiempo como profesional para reflexionar sobre la propia práctica de cuidado (Esterhuizen & Freshwater, 2008)— y la poca individualización y/o priorización de la persona como sujeto único; otorgando así poca importancia al encuentro terapéutico, en contradicción con los valores de la profesión (Medina, 1999: 136), y en consecuencia, estableciendo relaciones de cuidado entre enfermera y el/la

---

<sup>9</sup> Ver <http://www.unav.es/facultad/enfermeria/> Formación que llevé a cabo en el período académico 2001-2002.

<sup>10</sup> Desarrollo profesional realizado en Fundación Santafé de Bogotá <http://www.fsf.org.co/> y Clínica del Country <http://www.clinicadelcountry.com/>

<sup>11</sup> A lo largo del texto he procurado emplear el término ‘persona cuidada’, ‘persona hospitalizada’ u ‘otro/a’ para referirme a el/la paciente, considero que las anteriores expresiones están más acordes con los conceptos de Cuidado que plantea Boykin y Schoenhofer, citadas en Purnell (2007). Sin embargo, en algunos apartados del texto he empleado la palabra ‘paciente’, debido a que ésta es la denominación que en el mundo hospitalario se ha asignado a las personas que se cuidan en el hospital.

otro/a instrumentalizadas (como un medio para un fin). El otro/a se convierte en un objeto sobre el que se actúa, se enseña o se investiga.

El énfasis otorgado institucionalmente a la asistencia sanitaria no como un derecho sino como una mercancía, la configuraba como un bien accesible y un privilegio para las personas con mejores recursos económicos. Lo que conllevaba a que en la asistencia de los servicios de salud, en ocasiones, profesionales y administrativos pusieran en primer lugar la entidad de salud o la posición social de la que provenía la persona, mirando al sujeto como un objeto —una mirada necrófila de acuerdo con Freire (1997b), centrada en el tener y no en la persona—, y por tanto, el concepto de ser humano o de persona desde esta lógica mercantil era negado/despersonalizado. Otro aspecto institucional que me generaba incomodidad era la subordinación del personal de enfermería al personal médico y administrativo, con la subsiguiente devaluación de la enfermería en el sistema de salud, contribuyendo así al mantenimiento de una posición subalterna, con poca autonomía y frágil identidad profesional (Cohen, 1988; Medina, 1999; Medina & do Prado, 2009), lo que favorecía que se produjeran situaciones de violencia horizontal entre las/os profesionales de enfermería (Freire, 1997b; Medina, 1996). Para Freire (1997b) la adhesión con el grupo dominante —alienación que supone internalizar y promover sus creencias y valores— origina una internalización de una visión negativa de sí mismo y la incapacidad de los oprimidos para cuestionar las figuras que detentan el poder lo que conduce a comportamientos de violencia horizontal entre los miembros del grupo oprimido antes que contra el opresor.

Ahora puedo afirmar que la racionalidad que predominaba a nivel institucional era de carácter científico-técnica, lo que de una u otra manera llevaba a la práctica enfermera a orientar su mirada hacia el saber biomédico y el desarrollo tecnológico, y a una tímida mirada hacia los saberes propios de la enfermería, presentes en el encuentro y la relación con el otro/a. Este carácter generalmente dirige la práctica enfermera a un quehacer rigidizado por las reglas, un hacer ‘según el protocolo’, dando poco espacio a la singularidad y particularidad de las

situaciones complejas en las que se inserta. Un hacer limitado de subjetividad<sup>12</sup> y pensamiento, en donde enfermera/o y persona cuidada se instrumentalizan recíprocamente, y por tanto, el sentir y el saber de ambos queda reducido o negado frente al saber técnico-científico. Ahora me pregunto ¿Cuánta prelación damos al desarrollo tecnológico y al saber biomédico que, a veces, olvidamos el saber y el sentir de la persona que se cuida y de la persona que cuida?

Ahora me doy cuenta de que cuestionar la racionalidad científico-técnica hegemónica a nivel institucional fue el detonante para que en el año 2007 decidiera dedicarme exclusivamente a la enseñanza de la enfermería, como profesora de las prácticas clínicas de las/os estudiantes de enfermería de III semestre<sup>13</sup>. Experiencia que me agradó mucho, debido a que me permitía mantener el contacto con las personas hospitalizadas, a través de la práctica asistencial y, además, acompañar y orientar a el y la estudiante durante las “*situaciones de enfermería*”<sup>14</sup> que se le presentaban.

El desarrollo de estas prácticas clínicas<sup>15</sup> estuvo motivado por aquella pericia clínica y aquellos conocimientos prácticos que como enfermera había adquirido en mi práctica profesional, también por una clara preocupación por la formación de los/as estudiantes, centrada en un cuidado personalizado e individualizado de las personas hospitalizadas. Como profesora de prácticas procuraba favorecer la colaboración entre estudiantes y personal de salud, como también la colaboración de éstos/as entre sí; desempeñaba un rol de *acompañar y de estar en el*

---

<sup>12</sup> La subjetividad entendida por Torres (2007) involucra un conjunto de normas, valores, creencias, lenguajes y formas de aprehender el mundo, conscientes e inconscientes, cognitivas, emocionales, volitivas y eróticas, desde los cuales los sujetos elaboran su experiencia existencial y sus sentidos de vida (p. 91).

<sup>13</sup> En aquel momento, la formación inicial de Enfermería en la Universidad tenía una duración de 8 semestres y los estudiantes comenzaban sus prácticas clínicas en III semestre, donde tenían su primer contacto con el ambiente hospitalario, y en IV semestre tenían sus primeras prácticas comunitarias.

<sup>14</sup> A lo largo del texto me referiré a **Situación clínica, Situación de cuidado, Situación humana y/o Situación de enfermería**, para referirme a aquella situación en la que el/la estudiante interactúa con la persona hospitalizada en acciones de cuidado, dialogadas, contextualizadas, éticas, en un tiempo y espacio concreto.

<sup>15</sup> La tutoría clínica era grupal, es decir, como profesora de práctica tutorizaba simultánea y de manera permanente a un grupo de 6 a 8 estudiantes en su prácticum clínico. Las/os estudiantes realizaban su práctica clínica en el mismo servicio de hospitalización.

cuidado de la persona hospitalizada *junto al* y a la estudiante, en el que procuraba la integración de los contenidos teóricos expuestos en el aula y la enseñanza en la práctica.

Por otro lado, la práctica clínica como espacio dinámico y cambiante favorecía que al o a la estudiante se le presentaran situaciones sorpresa<sup>16</sup> (Schön, 1992), caracterizadas éstas por su complejidad e incertidumbre. Aunque también es cierto, que en el inicio de la práctica clínica todo es nuevo y sorprendente para el/la estudiante. Allí, en palabras de Schön reina la confusión. Por tanto, el acompañamiento y el diálogo entre tutora y estudiante adquieren un papel relevante en la formación clínica orientada hacia una mirada contextualizada sobre la complejidad de las situaciones clínicas, el análisis y elaboración de razonamientos clínicos, el planteamiento de tentativas de acción, la toma de decisiones y la ejecución de acciones de cuidado.

Presencié junto con los/as estudiantes algunas situaciones donde el cuidado de enfermería que proporcionábamos a la persona podría definirse como un *cuidado artesanal*. Retomando la noción de oficio de Sennett (2003) como aquel trabajo artesanal matizado por su aspecto personal, su dedicación profunda al hacer la artesanía y su proceso lento. Un *cuidado artesanal* en donde procuraba conocer la complejidad de la situación de la persona a cuidar, no sólo su proceso de enfermedad, la fisiopatología y tratamiento farmacológico, sino indagar y observar sus necesidades primordiales (físicas, socioemocionales, familiares, entre otras), para luego determinar aquellas acciones de cuidado más pertinentes y la realización de éstas con suma atención a cada material de la situación (Dewey, 1928), al proceso en sí y a la resonancia de la acción de cuidado en el otro/a. Acciones que eran ejecutadas o bien por mí como tutora (a manera de demostración, realizando al mismo tiempo preguntas al/a la estudiante para mostrar los fundamentos de mi acción), o bien por el/la propio/a estudiante (en donde al mismo tiempo que éste/a las ejecutaba, como tutora le formulaba preguntas: ¿Cómo? ¿Por qué? ¿Qué pasaría

---

<sup>16</sup> Algunas situaciones sorpresas que vivencié junto con los/as estudiantes fueron: Personas hospitalizadas que repentinamente sufrían paradas cardiorrespiratorias, convulsiones, pérdida del conocimiento por Eventos Cerebro vasculares, hemorragias. Otras situaciones como traslados de personas críticas a radiología, o personas que entraban en coma.

si?, para orientar la atención del/de la estudiante hacia su acción y fomentar así sus procesos reflexivos). En aquel entonces no conocía la obra de Schön ni sus implicaciones para la formación en enfermería, tras su lectura supe que aquellos procesos de reflexión, que estudiantes y yo realizábamos en las situaciones clínicas, en sus palabras eran procesos de **reflexión en la acción** (Schön, 1992).

Cabe decir que mis primeras experiencias como profesora de prácticas estaban más orientadas a transmitir *información y contenidos* (valoración clínica del enfermo/a, proceso fisiopatológico, tratamiento, diagnósticos de enfermería prioritarios, acciones de cuidado, evaluación y pronóstico). Si bien procuraba integrar y articular dichos contenidos con la práctica de la enfermería, dicha enseñanza estaba profundamente enraizada en una racionalidad científico-técnica. Esta certeza apareció después. Tampoco entonces era consciente de mi escasa indagación (con una intención pedagógica) sobre la experiencia vivida del o de la estudiante en las situaciones clínicas, de modo tal que orientara su atención a sus sentimientos, actitudes y pensamientos en la interacción con el paciente y en los significados que éste asignaba a la situación en sí. Ahora me doy cuenta de que aquello que me pasaba coincide con los hallazgos de Bardallo (2010) y Solvoll & Heggen (2010), quienes revelan que la experiencia de cuidado de los/las estudiantes no es interrogada, debido al predominio de una formación clínica orientada hacia la resolución de problemas y la teoría abstracta. Sostienen que los supervisores de la práctica clínica orientan la atención a la resolución de problemas y realización de procedimientos, prestando escasa atención a las experiencias relacionales de los/las estudiantes, e incluso, poca discusión sobre la sensibilidad del paciente en los ambientes clínicos. Además afirman que los profesores universitarios orientan la atención a la teoría abstracta, prestando de igual manera escasa atención a la experiencia de cuidado del y de la estudiante:

*“Keeping your feet on the ground” seems to be a rather disregarded didactic principle. This is not the same as saying that theory is superfluous; what we primarily see in the response from tutors is the tendency to move reflection out of experience and*



*to give primacy to another type of knowledge for interpreting experience from the practice.* (Solvoll & Heggen, 2010: 76).

A continuación expongo una anécdota de mi diario metodológico que ilustra esta cuestión:

*Unas de mis responsabilidades como profesora de prácticas clínicas era enseñar a las/os estudiantes la administración de medicamentos en un servicio de medicina interna y orientarles en el cuidado de las personas hospitalizadas que ellas/os tenían a cargo. Una mañana se caracterizó por el agravamiento del estado de una de las personas internadas, un joven de 16 a 18 años aproximadamente, con antecedente de retardo mental y diagnóstico clínico de Síndrome Convulsivo, quien en la noche anterior y en esa mañana presentó varios episodios epilépticos. Era un joven enmudecido, desorientado, caquético, entumecido, postrado en su cama, era una persona que sin él saberlo requería de mucha atención y cuidados por parte del personal de enfermería; Esmeralda y Lucia<sup>17</sup>, dos estudiantes, comenzaron con los cuidados más íntimos, sutiles y significativos para una persona, como son el baño de su cuerpo, su alimentación –para este joven por gastrostomía<sup>18</sup>–, los cuidados con su eliminación, su movilización, el desentumecimiento de sus extremidades, el apoyo a la madre de este joven aquejada de perplejidad y dudas, .... Al momento de administrar los medicamentos, llamé a Esmeralda, para explicarle los aspectos técnicos de dicha administración. Esmeralda se encontraba en la habitación del joven ayudando a Lucia. En aquel momento salió de la habitación y se me acercó, con una actitud serena y convencida me expresó: ‘profesora, creo que es mejor que yo siga allí con aquel joven, ayudándole a mi compañera, además veo más importante **estar** con él y con su mamá, administrar medicamentos lo puedo hacer en otra ocasión y lo puedo aprender en otro momento de la práctica’. Inicialmente quedé en silencio, mi actitud fue de aceptación y no tuve ninguna objeción. Posteriormente al reflexionar sobre la situación me pareció muy plausible su actitud y decisión. (Diario metodológico II, sept. 10 de 2009, p. 62)*

Esta anécdota fue la fuente de inspiración del presente trabajo, puedo decir que me *dejé decir algo* por el saber ético de la estudiante. En una mirada a posteriori de la situación, encontré que podría haber ampliado su experiencia preguntándole ¿Por qué consideraste importante estar allí con él?, ¿Qué te llevó (y qué te favoreció) a tomar la decisión de quedarte en la habitación cuidando a aquel joven?, ¿Cómo te sentiste al cuidar a aquel joven y qué significó esta experiencia para tu formación como enfermera? Creo que preguntas de este tipo hubiesen permitido entablar un diálogo reflexivo y significativo con la estudiante y tal vez con el grupo de

---

<sup>17</sup> A lo largo del texto, los nombres originales han sido cambiados por nombres ficticios.

<sup>18</sup> Es la presencia de una sonda de alimentación en el estómago atravesando la piel y la pared abdominal.

estudiantes acerca de su experiencia de cuidado con el objetivo de dar sentido a la acción y articular los resultados de este proceso reflexivo con su futura práctica clínica, en palabras de Schön *reflexionar sobre la reflexión en la acción* (Schön, 1992). Ahora comprendo que mi práctica pedagógica estaba centrada en el “qué” enseñar, pero muy tímidamente sabía “cómo” llevar a los/las estudiantes a un aprendizaje significativo y reflexivo.

Por último, de este mirar *hacia atrás* pude advertir que mi práctica pedagógica estaba además caracterizada por una lectura, observación y consciencia ingenua<sup>19</sup> (Freire, 1997b) respecto a las estructuras de racionalidad científica y pedagógica de orientación técnica imperante en la enseñanza en enfermería. Como profesoras —algunas— incurriamos sin saberlo en una fuerte preocupación por la adquisición de destrezas y habilidades técnicas del y de la estudiante, a través de una enseñanza más orientada a transmitir *información y contenidos*. Un tipo de enseñanza que se aproxima más a una racionalidad instrumental y tecnológica, propia de la *tejné*; orientada hacia la técnica, el producto, la obsesión por las destrezas y la transmisión y reproducción de información (Medina & do Prado, 2009).

En algunas ocasiones, percibía que la enseñanza y las relaciones entre —algunas— profesoras y estudiantes estaban impregnadas de cierta lógica tradicional, de transmisión bancaria del conocimiento (Freire, 1997b, 2006a), entretejidas también con la lógica del poder disciplinario y el uso de instrumentos aparentemente simples: la inspección jerárquica, la sanción normalizadora y el examen (Foucault, 1979: 175). Una enseñanza a su vez determinada por las dimensiones institucional, sociocultural y política, cuyos *modus operandi* están atravesados por aquella lógica del poder disciplinario hegemónico que desemboca en sumisión, obediencia y miedo.

Debido a mis inquietudes pedagógicas y a que era consciente de mi necesidad de formarme en el ámbito pedagógico, durante el II semestre de 2007 y I semestre de 2008 realicé la

---

<sup>19</sup> Para Freire (1978) la consciencia transitiva es en un primer estado preponderantemente ingenua. La transitividad ingenua se caracteriza por la simplicidad en la interpretación de los problemas, por una fuerte inclinación a la masificación, por un actuar de manera prescrita. Es la consciencia del hombre casi masa, en el cual el diálogo se desfigura y se distorsiona.

Especialización en Pedagogía en la Universidad Pedagógica Nacional<sup>20</sup>; en el II semestre de 2008 me embarqué en esta balsa intelectual y de *trans-formación* personal y profesional con el programa de Doctorado Educación y Sociedad.

## 1.2 Justificación

Una de las principales reformas por las que atraviesa la enfermería en España es la adaptación de sus estudios al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) (Hernández, 2010: 51); adaptación que ha sido establecida mediante: a) el Real Decreto 1393/2007, el cual reordena las enseñanzas universitarias españolas para adaptarlas al EEES, creando un recorrido docente común para casi todos los estudios universitarios que se articula en tres niveles: grado (cuatro años), máster (un año) y doctorado; b) la Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, la cual sanciona el grado en enfermería de 240 créditos ECTS<sup>21</sup> en cuatro años, establece los requisitos de los planes de estudio, las competencias que los/as estudiantes deben adquirir y regula los 210 créditos de los módulos obligatorios, asignando un mínimo de 90 ECTS (43% del total regulado) a las prácticas tuteladas<sup>22</sup> (es decir, un 38% de los 240 ECTS totales). Hernández (2010) afirma que los responsables departamentales coinciden en que el curso añadido a la diplomatura se trasladará, al menos de momento, en un 80% o 90% al prácticum.

Lo anterior muestra la relevancia que tiene el prácticum de enfermería (es decir, las prácticas tuteladas clínicas o comunitarias) en la reestructuración curricular con la adaptación al EEES y en la *formación* de profesionales de enfermería (Andrews et al., 2006; Benner, Sutphen,

---

<sup>20</sup> Ver <http://www.pedagogica.edu.co/index.php>

<sup>21</sup> European Credit Transfer and Accumulation System (Sistema Europeo de Transferencia y Acumulación de Créditos)

<sup>22</sup> Las Prácticas tuteladas se encuentran definidas en la Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio (2008), como “prácticas preprofesionales en forma de rotatorio clínico independiente y con una evaluación final de competencias. Realizadas en los Centros de Salud, Hospitales y otros centros asistenciales que permitan incorporar los valores profesionales, competencias de comunicación asistencial, razonamiento clínico, gestión clínica y juicio crítico, integrando en la práctica profesional los conocimientos, habilidades y actitudes de la Enfermería, basados en principios y valores, asociados a las competencias descritas en los objetivos generales y en las materias que conforman el Título”.

Leonard, & Day, 2010; Carlson, Wann-Hansson, & Pilhammar, 2009; Medina, 1999; Schön, 1992; Solvoll & Heggen, 2010). Autores como Benner et al. (2010), Medina (1999) o Schön (1992), afirman que el prácticum es el hilo conductor en torno al cual se estructura todo el curriculum de Enfermería.

Debido a que mi práctica pedagógica ha estado vinculada al prácticum clínico, ha surgido en mí la necesidad de indagar en la experiencia de cuidado del y de la estudiante en las situaciones clínicas —en interacción con el paciente— y en la práctica pedagógica reflexiva (Van Manen, 2003) de su formación clínica.

Como Schön (1992) explica el prácticum es un mundo colectivo, con su propia mezcla de materiales, instrumentos, lenguajes y valoraciones, en él influye la forma particular de ver, pensar y hacer que profesoras de enfermería y enfermeras/os tienen acerca del mismo. Es un escenario traslúcido en el que se vincula el mundo esotérico de la universidad con la práctica real de la enfermería. Combina el *aprender haciendo*<sup>23</sup> (Dewey, 1928) de los/las estudiantes a través de la exposición y la inmersión, las conversaciones y trabajo colaborativo con las/os enfermeras/os tutoras y compañeros/as, la adquisición de un arte cuasiautónomo de la práctica clínica, el vínculo transaccional (Diekelmann, 1988) entre la enseñanza del aula y los aprendizajes experienciales de la práctica.

El/la estudiante al comienzo de su práctica clínica se encuentra delante de una situación paradójica, debido a que en un principio no puede “comprender lo que necesita aprender, sólo puede aprenderlo formándose a sí mismo, y sólo puede formarse a sí mismo comenzando por hacer lo que aún no comprende” (Schön, 1992: 93).

---

<sup>23</sup> “el aprender haciendo, fue descrito ya hace mucho tiempo por John Dewey como «la disciplina básica o inicial»: «el reconocimiento del curso natural del desarrollo... siempre aflora en el marco de situaciones que implican aprender haciendo. Artes y oficios forman la etapa inicial del curriculum, puesto que corresponden al saber cómo emprender el logro de los fines» (Dewey, 1974, pág. 364)” (Schön, 1992: 28-29)

Por lo tanto, el prácticum representa para él/ella un terreno desconocido, incierto y complejo, en el que se espera que se tire de cabeza al proceso de cuidar a una persona sana o enferma, tratando de hacer desde el principio aquello de lo que todavía no está en condiciones de captar sus significados más elementales. El fin es que consiga el tipo de experiencia que le ayudará a aprender lo que significa cuidar. “Por tanto, no tiene otro remedio que dar el salto sin saber —en realidad, con el fin de descubrir— lo que necesita aprender” (Schön, 1992: 93).

Es así como se le pide al y a la estudiante que confíe en su tutor/a y que haga una “tregua voluntaria de incredulidad”<sup>24</sup>. Esta tregua consiste en que aquél/aquella dé una oportunidad a las sugerencias del o de la profesor/a, ponga a prueba las indicaciones y confíe en que éste/a posea una intención programática (Schön, 1992: 93).

Como profesora de prácticas clínicas coincido con Schön (1992) respecto a la importancia de la confianza y la intencionalidad en la relación pedagógica entre estudiante y profesora o enfermera tutora, teniendo en cuenta además el carácter personalizado de esta relación en el prácticum clínico. Para Van Manen (1998), la pedagogía<sup>25</sup> nos incita (a padres/madres, profesores/as, educadores/as etc.) a respetar al joven tal como es y tal como quiere llegar a ser (p. 47), es una relación de acción práctica, por tanto, no se debe buscar en el discurso teórico-abstracto o en los sistemas analíticos, sino directamente en el mundo en que vivimos, es decir, en las situaciones y acciones concretas de la vida real entre un adulto y un joven (p. 46). Afirma que esta relación pedagógica está nutrida por cualidades como vocación, preocupación y afecto, sentido de la responsabilidad, intuición moral, franqueza autocrítica, madurez en la solicitud,

---

<sup>24</sup> El autor de la frase es Samuel Tylor Coleridge. En una de las entrevistas que Schön realiza a uno de los tutores (Quist) afirma que el tutor pide a los estudiantes que hagan una "tregua voluntaria de incredulidad" (Schön, 1992: 93).

<sup>25</sup> “El término pedagogo deriva del griego, y se refiere no al profesor, sino al esclavo vigilante o guardián cuya responsabilidad era conducir (agogos) al chico (paides) a la escuela” (Van Manen, 1998: 53). (...) “La idea original griega de la pedagogía lleva asociado el significado de *dirigir* en el sentido de acompañar, de tal forma que proporcione dirección y cuidado a la vida del joven. Así pues, desde el punto de vista etimológico, un pedagogo es un hombre o una mujer que mantiene una relación afectiva con los jóvenes: en la idea de conducir o guiar se detecta un «llevar de la mano» en el sentido de animar vigilando” (Van Manen, 1998: 54). En Bárcena (2005), educación, en latín, se dice «*educere*», que significa *dirigir* hacia afuera.

sentido del tacto hacia la subjetividad del y de la estudiante, inteligencia interpretativa, comprensión pedagógica de sus necesidades, pasión por conocer, vitalidad, entre otras:

*La pedagogía no solo se define como una cierta relación o una forma de hacer las cosas, sino que también permite que un encuentro, una relación, una situación o una actividad sean pedagógicos. (Van Manen, 1998: 46)*

La relación pedagógica entre estudiante y enfermera/o es menos instrumental que moral. Es una relación en la que se busca el cuidado de sí y el cuidado del otro/a (Lanz, 2012), que interroga cómo conducir al y a la estudiante a una reflexión sobre sí y lo que desea ser como cuidador/a y como aprendiz. Para Rodríguez (2012), la relación pedagógica entre estudiante y enfermera/o guarda muchas similitudes con la relación enfermera/o-persona hospitalizada:

*Ambas son relaciones entre personas, ambas son relaciones estrechas, ambas deben basarse en el respeto, la dignidad y la confianza mutua. Si el tutor es capaz de establecer una relación pedagógica con el estudiante que cumpla estas premisas, estará consiguiendo varios objetivos a la vez. Por un lado, estará colaborando y fomentando que el estudiante se encuentre en las mejores condiciones de aprendizaje y por otro lado, formará al estudiante en el manejo de las relaciones futuras que él mismo sea capaz de establecer con sus pacientes. (Rodríguez, 2012: 302)*

Para Kosowski (1995), el/la estudiante aprende de observar e imitar al instructor y a las/os enfermeras/os en las interacciones con los pacientes y con otros/as estudiantes, una de las participantes de su estudio afirmó:

*We talk about caring a lot in school, but unless instructors role model caring for you, and you get a sense that instructors care about you, they can't teach caring. (Kosowski, 1995: 238)*

Por tanto, la relación pedagógica puede definirse también como una relación de cuidado. Una relación en la que se pone en juego la subjetividad del o de la estudiante y de la enfermera tutora, en la que cada una/o pone en juego sus saberes (de tipo cognitivo, ético, emocional, estético, cultural, sociopolítico, entre otros). Una relación en la que el papel de la enfermera tutora cobra

importancia en la formación clínica del y de la estudiante y que precisa de una *mediación intencional, deliberada y reflexiva* con aquello que lleva incorporado como experiencia y valor (Contreras, 2006) de la práctica de enfermería. *Mediación* que puede llevar a desplegar horizontes de enseñanza y aprendizaje de la práctica enfermera, ampliar la mirada del y de la estudiante, abrir posibilidades de futuro a prácticas de cuidado de enfermería de carácter dialógico y hermenéutico, vincular el saber experiencial que trae el/la estudiante con los saberes y valores propios de la enfermería, cuidar el *ser* del/de la estudiante, cuidar de sí, acercarse a la experiencia vivida y los saberes del/de la estudiante, fomentar la reflexión sobre sí como aprendiz y favorecer el desarrollo del pensamiento reflexivo, analítico y crítico (Dewey, 1928).

Como mencioné anteriormente, los principales intereses y preguntas de la investigación se encuentran entrelazados con mi experiencia personal y profesional, emergieron al re-pensar mi experiencia como profesora de las prácticas clínicas. Algunas cuestiones que han ido madurando durante el proceso investigativo han sido: ¿Cómo podría la educación en enfermería favorecer la capacidad del estudiante de reflexión sobre sí (cognitiva, ética y sensitivamente) como cuidador/a y aprendiz?, ¿Cómo se podría desde una pedagogía reflexiva *cuidar* al y a la estudiante y *formarle* de tal modo que se atienda a sus procesos de reflexión sobre sí como cuidador/a y como aprendiz?, ¿Cómo desplazarnos hacia la experiencia de cuidado del y de la estudiante, hacia su experiencia vital como sujeto cuidador, para indagar en sus vivencias y significados al cuidar a la persona hospitalizada?, ¿Sabemos qué sucede cuando el/la estudiante experimenta una «práctica pedagógica reflexiva» que cuida de él/ella?, ¿Cómo el/la estudiante construye procesos de pensamiento reflexivo y de raciocinio clínico en las situaciones clínicas que vive en su práctica?, ¿Cómo favorecemos que las situaciones clínicas del y de la estudiante sean situaciones educativas significativas para su *formación* profesional?, ¿Cómo el/la estudiante de enfermería en las situaciones clínicas integra su conocimiento/saber experiencial con los saberes y valores propios de la enfermería?

Por todo ello he pretendido estudiar la experiencia del *aprender haciendo*, la experiencia del y de la estudiante en las zonas indeterminadas de la práctica clínica y el *arte* de una buena acción tutorial, ingredientes necesarios para el desarrollo de prácticums reflexivos. Centrarme en la experiencia vivida del y de la estudiante en su prácticum, los significados que asigna al acto de cuidar a una persona hospitalizada, explorar cómo integra sus procesos reflexivos, de raciocinio clínico, sus valores, su conocimiento experiencial<sup>26</sup>, sus conocimientos prácticos adquiridos y cualidades relacionales en las situaciones clínicas —en la interacción con la persona hospitalizada—, y rescatar la importancia de una práctica pedagógica reflexiva que cuida al y a la estudiante y que conduce a inter-acciones de cuidado competentes reflexivas, científicas, dialógicas (intersubjetivas) y morales con/en la persona hospitalizada.

De ahí que en la revisión de la bibliografía se pueda distinguir dos bloques temáticos, por un lado, estudios de enfermería relacionados con la experiencia de cuidado del y de la estudiante en situaciones clínicas —en interacción con el paciente—, y por otro lado, estudios relacionados con la práctica reflexiva en la formación clínica del y de la estudiante de enfermería.

De los estudios que han abordado la práctica reflexiva en la formación clínica del y de la estudiante de enfermería, destacan los estudios de Rodríguez (2012) y Davies (1995), los cuales presentan experiencias de pedagogías reflexivas. Los principales hallazgos de estos estudios muestran que estimular a los/as estudiantes a reflexionar sobre su propia práctica clínica favorece la expresión de sentimientos, compartir experiencias, trabajar a través de la solución de problemas, identificar razones para las acciones y a la identificación de sus necesidades de aprendizaje. Estos estudios afirman que al finalizar la práctica clínica surgió un énfasis en el paciente como foco central del cuidado de los/as estudiantes, quienes tuvieron además la

---

<sup>26</sup> En el estudio de Kosowski (1995), el conocimiento experiencial de las estudiantes procedente de experiencias del pasado (relacionadas con experiencias de enfermedad de miembros de su familia, previos empleos, hospitalizaciones), era traído a la situación de cuidado actual. Dicho conocimiento experiencial fue transferido, 'construido sobre' y vinculado al actual 'conocimiento de enfermería' para lograr mayor comprensión de cómo cuidar e interactuar con el paciente en la actual situación.



capacidad de describir, elaborar juicios, analizar las situaciones clínicas, observar los cambios en la condición y realizar una autoevaluación.

No obstante, existen pocas investigaciones sobre el proceso reflexivo del y de la estudiante; la relación de sus procesos de enseñanza-aprendizaje reflexivos en las situaciones clínicas; el proceso de volverse reflexivo-crítico y el rol del contexto en el proceso reflexivo (Scanlan & Chernomas, 1997; Scanlan, Care, & Udod, 2002). Pese a que varios autores coinciden en afirmar que el aprendizaje reflexivo estimula a los/as estudiantes de enfermería a integrar teoría y práctica, no hay evidencia en la literatura revisada sobre los resultados de la práctica reflexiva en el cuidado del paciente (Burton, 2000). De igual manera, existe escasa publicación respecto a cómo ayudar a los/as estudiantes a lograr profundos niveles de reflexión, entre ellos el análisis del conocimiento, el análisis en relación a las fuentes del conocimiento y el análisis de los factores contextuales que influyen la práctica (Burrows, 1995; Duke & Appleton, 2000).

Respecto a la experiencia de cuidado del y de la estudiante en el prácticum clínico, algunos autores coinciden en afirmar que existe poca investigación en enfermería que explore los aspectos más significativos de las experiencias vividas por estudiantes de enfermería en sus interacciones con los pacientes y cómo el cuidado es percibido, aprendido y practicado por los/as estudiantes durante sus situaciones clínicas —en las interacciones de cuidado de los pacientes— (Kosowski, 1995; Solvoll & Heggen, 2010; Tseng, Wang, & Weng, 2013).

Una de las líneas de investigación más fructífera por su análisis en profundidad de narraciones de experiencias vividas por estudiantes (incluyendo a profesores y clínicos), empleando la Pedagogía Narrativa, ha sido desarrollada por Nancy Diekelmann (1998, 2000). Esta pedagogía proveniente de la fenomenología interpretativa es caracterizada por esta autora como la *conversación convergente* (que no es sinónimo de fusión de perspectivas) entre la pedagogía convencional, crítica, fenomenológica y feminista y los discursos postmodernos. Se trata de un compromiso con conversaciones interminables que invitan al diálogo participativo, yendo más

allá de los valores del poder, la crítica y la deconstrucción, como posibilidad para la reforma de la educación contemporánea, y también como posibilidad para construir nuevas pedagogías específicas, locales y situadas que dialoguen con las pedagogías instituidas (Diekelmann, 2000).

En sus más de 20 años de trabajo en esta línea pedagógica, su preocupación central ha sido presentar diversas maneras de explorar epistemológicamente la naturaleza de las experiencias de formación, enseñanza y aprendizaje de estudiantes, profesores/as y clínicos/as. Para ello se ha basado teórica y filosóficamente en el trabajo de pensadores como Martin Heidegger, Hans George Gadamer y Maurice Merleau Ponty. Metodológicamente su trabajo se ha desarrollado desde una aproximación hermenéutica, analizando narraciones de más de 200 estudiantes, profesores/as y clínicos/as de todos los niveles de educación de enfermería en cuarenta estados de EEUU. Indagando en aquellas experiencias comunes y compartidas de estudiantes, profesores/as y clínicos/as, que quedan reflejadas en las *"Concernful Practices of Schooling Learning Teaching"*. Estas *Concernful Practices* articulan las experiencias comunes y compartidas —en materia de educación— de profesores, estudiantes y profesionales, y muestran cómo dichas prácticas proveen un nuevo lenguaje de la educación en enfermería, en el que convergen las voces de los participantes en un retorno hacia los saberes propios y comunes de la práctica enfermera (Diekelmann, 2000)<sup>27</sup>.

Considero que esta línea de investigación puede transformar las prácticas de enfermería dando cabida a la subjetividad, la intuición y la emoción en la formación enfermera. Tal como afirman Medina y do Prado:

*'Hoy se requiere un saber menos enciclopédico y más cercano a las angustias del ser humano, un saber menos informacional y más comunicativo discursivo (B. Romero, 2007). Necesitamos asegurarnos de que la racionalidad [científico técnica] no sea determinante en nuestro modo de hacer Enfermería, abriendo espacios para la subjetividad, la intuición, la emoción y las sensaciones. (...) No se trata de descartar*

---

<sup>27</sup> Algunas de las *"Concernful Practices of Schooling Learning Teaching"* que he trabajado en el presente estudio han sido: Permanecer: conocer y conectar (Ironsides, Diekelmann, & Hirschmann, 2005a), Crear lugar: mantener abierto un futuro de posibilidades (Diekelmann & McGregor, 2003), Presenciar: asistir y estar abierto, Escuchar y Responder (Ironsides, Diekelmann, & Hirschmann, 2005b).

*la racionalidad y todo el conocimiento producido bajo ese paradigma, pero sí de reconocer que la realidad es múltiple y efímera y que por lo tanto no existe una verdad, sino verdades, y que lo que podemos pretender es alcanzar sucesivas aproximaciones. Eso sólo es posible a partir de distintas miradas que consideren la complejidad de la realidad social y de los fenómenos allí involucrados.* (Medina & do Prado, 2009: 622)

Por los anteriores motivos, considero necesario investigar la experiencia del aprender cuidando del y de la estudiante, la interrelación de procesos reflexivos de enseñanza y aprendizaje con las situaciones clínicas —en la interacción con la persona hospitalizada—, su experiencia en las zonas indeterminadas de la práctica clínica, la reflexión sobre sí mismo en las situaciones clínicas como cuidador y como aprendiz y el *arte* de una práctica pedagógica reflexiva que conlleve a inter-*acciones* de cuidado competentes.

### 1.3 Preguntas de investigación

Teniendo en cuenta que “preguntar algo de verdad significa interrogar sobre algo desde el fondo de nuestra existencia, desde el centro de nuestro ser” (Van Manen, 2003: 63), desde aquello que interpela mi propia práctica pedagógica, me planteo como preguntas de investigación<sup>28</sup>:

*¿Cuál es el significado que asigna el/la estudiante de enfermería a la relación establecida con el/la enfermero/a tutor/a en su práctica clínica?*

*¿Qué papel juega esta relación en la formación de la práctica reflexiva, el razonamiento clínico y de cualidades relacionales y éticas entorno al acto de cuidar a otro/a del estudiante?*

---

<sup>28</sup> No obstante, considero necesario dar a conocer al lector que las preguntas de investigación fueron una y otra vez revisadas, trianguladas con mi director de tesis y reformuladas. Para una mayor concreción del tema de estudio, se pasó de una formulación abstracta, teórica y general, a una formulación más concreta y situada con la formación clínica del estudiante de enfermería. De acuerdo con Valles (2002), los estudios con un diseño cualitativo se caracterizan por rasgos como la emergencia, la flexibilidad y la continuidad, “durante el *trabajo de campo* cabe la reformulación del problema, de las preguntas de investigación y tiene lugar un *análisis preliminar*” (p. 67-68).

*¿Cómo se construye la práctica reflexiva y el razonamiento clínico del y de la estudiante en su práctica clínica?*

*¿Qué significados asigna el/la estudiante al acto de cuidar a otro/a?*

*¿Qué repercusiones tiene la experiencia práctica del y de la estudiante de enfermería en la reflexión sobre sí mismo —como cuidador y aprendiz—?*

*¿Cómo es la experiencia del y la estudiante en el interior de las situaciones clínicas — en la interacción con la persona hospitalizada— en donde integra la práctica reflexiva, el razonamiento clínico, las cualidades relacionales y éticas, y la reflexión sobre sí?*

De este modo, la finalidad del proyecto es describir tres aspectos: la experiencia del y de la estudiante en su prácticum clínico; el significado y el papel de su relación con la enfermera tutora en su formación clínica, reflexiva, relacional y ética; y su experiencia de las situaciones clínicas —en interacción con la persona hospitalizada— en donde integra la práctica reflexiva, el razonamiento clínico, las cualidades relacionales y éticas, y la reflexión sobre sí.

#### **1.4 Objetivos Específicos**

- a. Describir el significado que tiene para el/la estudiante la relación con el/la enfermero/a tutor/a en su práctica clínica.
- b. Caracterizar el papel que tiene la relación pedagógica en la formación de la práctica reflexiva, del razonamiento clínico y de cualidades relacionales y éticas en torno al acto de cuidar a otro/a del y de la estudiante de enfermería.
- c. Describir el proceso de construcción de la práctica reflexiva y el razonamiento clínico de el/la estudiante de enfermería en su práctica clínica.

- d. Describir el significado que tiene para el/la estudiante de enfermería el acto de cuidar a otro/a.
- e. Explorar las repercusiones que tiene para el/la estudiante de enfermería su experiencia práctica en la reflexión sobre sí mismo —como cuidador y aprendiz—.
- f. Describir la experiencia de el/la estudiante en las situaciones clínicas en donde integra la práctica reflexiva, el razonamiento clínico, las cualidades relacionales y éticas, y la reflexión sobre sí.

---

## **SEGUNDA PARTE**

---



## Capítulo 2. El prácticum como eje del curriculum en la Formación de Enfermería

*La educación es el punto en el que decidimos si amamos al mundo lo bastante como para asumir una responsabilidad por él y así salvarlo de la ruina que, de no ser por la renovación, de no ser por la llegada de los nuevos, sería inevitable. También mediante la educación decidimos si amamos a nuestros hijos lo bastante como para no arrojarlos de nuestro mundo y librarlos a sus propios recursos, ni quitarles de las manos la oportunidad de emprender algo nuevo, algo que nosotros no imaginamos, lo bastante como para prepararlos con tiempo para la tarea de renovar un mundo común. (Arendt, 1996: 208)*

### 2.1 Introducción

El planteamiento de Arendt soportado en el amor hacia el mundo y hacia la llegada de los nuevos, a los que se prepara para la tarea de renovar un mundo común, me lleva indiscutiblemente a preguntarme cómo desde la práctica docente asumimos la responsabilidad hacia los/as estudiantes —que llegan al mundo sanitario, de la enfermería— de modo que contribuyamos a esa tarea de renovar un mundo común. La educación nos lleva irremediamente a la decisión, a la acción, a *asumir* una responsabilidad con el otro/a y con lo otro —el mundo—, de modo tal, que el otro/a pueda ser, que no sea arrojado y negado, y que tampoco sea dirigido y manipulado, que pueda crearse e inventarse. Trasciende del concepto del amor entre tú y yo al amor a lo otro —mundo común—. Un amor que considero guía de manera pedagógica sobre aquello que nos parece tiene sentido enseñar, sobre los saberes que están en el núcleo de la relación educadora, sobre saberes y tradiciones que se quieren legar al recién llegado, que busca despertar el deseo de aprender y, tal como afirma Larrosa (2000), el deseo de llegar a ser el que se es.

*Asumir* la responsabilidad hacia el otro/a y lo otro es ejercer simultáneamente la propia responsabilidad hacia sí mismo/a, en un percatarse de sí, o, un cuidar de sí (Foucault, 2005; Lanz, 2012). Un *cuidar de sí*, a mi modo de ver, que solicita del o de la educador/a una



indagación crítica de su actitud con respecto a sí mismo/a, con respecto a los otros/as y al mundo, y de las acciones que ejerce sobre sí mismo/a, sobre el otro/a y sobre el mundo, una preocupación por la propia mirada y por prestar atención a su pensamiento. Esta indagación significa *problematizar* la práctica cotidiana (docente y profesional) a través de un ejercicio continuo de interrogación de aquellas creencias y suposiciones transmitidas (consciente e inconscientemente), de manera que permita *desvelar* los discursos que, inconscientemente, circulan en nuestro *hacer docente*, como por ejemplo, prácticas docentes impregnadas de racionalidad técnica. Significa además, *investigar* la práctica educativa con un sentido experiencial, es decir, una práctica investigativa que indaga las problemáticas (vivas) de aquella y que se encuentra conectada con los saberes experienciales e históricos de los/as participantes de la práctica educativa. Significa, finalmente, *actuar (dialógicamente) junto con el otro/a*, circular con lo que genuinamente como profesoras/es y enfermeras/os nos es posible, expandiéndonos hacia caminos de posibilidad.

Para Lanz (2012), el cuidado de sí es algo a lo que están obligados a pensar quienes quieren educar a los otros. Como práctica de la subjetividad, el cuidado de sí tiene que ver con la formación, no para aprender algo exterior, un cuerpo de conocimiento o saber técnico-instrumental, sino para propiciar el ejercicio de la reflexión del educando y educador con respecto a sí mismo y al mundo. Como menciona este autor, soportado en las ideas de Foucault (2005) y Gadamer (2000), el *cuidado de sí* tiene que ver con la *formación (Bildung)*<sup>29</sup>; para Gadamer la Educación es un continuum, un intercambio recíproco (dar-recibir), es un proceso natural y humano, sólo se puede aprender a través de la conversación. La educación es *educarse* (nos educamos a nosotros mismos, afirma Gadamer), consiste en trabajar con fuerza allí donde se perciben nuestros puntos débiles, en analizar el contexto y ser críticos frente a él, en

---

<sup>29</sup> “El termino alemán *Bildung*, que traducimos como «formación», significa también la cultura que posee el individuo como resultado de su formación en los contenidos de la tradición de su entorno. *Bildung* es tanto el proceso por el que se adquiere cultura, como esta cultura misma en cuanto patrimonio personal del hombre culto” (Gadamer, 2007: 38).

aprender a atreverse a formar y exponer juicios propios, y finalmente en el “llegar a estar en casa, en nuestro mundo” (Gadamer, 2000):

*(...) el resultado de la formación no se produce al modo de objetivos técnicos, sino que surge del proceso interior de la formación y conformación y se encuentra por ello en un constante desarrollo y progresión. No es casual que la palabra formación se parezca en esto al griego physis. Igual que la naturaleza, la formación no conoce objetivos que le sean exteriores. (...) el concepto de formación va más allá del mero cultivo de capacidades previas, del que por otra parte deriva. (...) Por el contrario en la formación uno se apropia por entero aquello en lo cual y a través de lo cual uno se forma. (...) En la formación alcanzada nada desaparece, sino que todo se guarda. Formación es un concepto genuinamente histórico, y precisamente de este carácter histórico de la «conservación» es de lo que se trata en la comprensión de las ciencias del espíritu. (Gadamer, 2007: 40)*

Extrapolando a la formación clínica del y de la estudiante, la formación trasciende a la idea de instrucción o enseñanza para la fabricación, trasciende la racionalidad técnica, la cual se encuentra soportada en objetivos, en medios y fines independientes e inarticulados. La formación hace alusión a un proceso interno y no a resultados, se vuelca hacia la subjetividad y experiencia en el educando y educador, problematiza el sentido de la vida, el sentido de cuidar a otro/a, a diferencia de la instrucción que se preocupa por el aprendizaje meramente teórico y técnico. La formación se corresponde a un obrar y no-obrar (en una deliberación ética, estética e histórica del sujeto) que se ajusta a lo esencial (Heidegger, 1958: 10) en cada situación clínica. Para Freire (2006c) “*formar es mucho más que simplemente adiestrar al educando en el desempeño de sus destrezas*” (p.16).

Para responder a los objetivos de la investigación, he estructurado el marco teórico en dos grandes bloques. El primero aborda las características de la racionalidad científica y pedagógica de orientación técnica y su eco en la práctica, la enfermería como praxis y arte profesional, el prácticum clínico como espacio para la enseñanza del arte profesional y el papel de la reflexión y la intuición en la formación clínica de enfermeras. El segundo bloque trata sobre la relación

pedagógica entre enfermera/o tutor/a y estudiante, como relación de influencia pedagógica, como conversación convergente y relación de cuidado.

## 2.2 La racionalidad científica y pedagógica de orientación técnica

Ya es bien conocido que la racionalidad científica y pedagógica de orientación técnica<sup>30</sup> que predomina en el curriculum de Enfermería proviene, en parte, del modelo de objetivos de Tyler (Medina, 1996, 1999; Medina & do Prado, 2009). Éste se caracteriza por una fuerte preocupación por la adquisición de destrezas de los/as estudiantes, la percepción del aprendizaje como adquisición, acumulación y reproducción de información y la orientación hacia la técnica y el producto (Medina & do Prado, 2009). Reduce así la práctica profesional de la enfermería y su enseñanza a acción instrumental, en donde el/la enfermero/a profesional debe preocuparse principalmente de aplicar protocolos (como métodos) para conseguir los fines propuestos en sus planes de cuidados, obviando el carácter transaccional más que aplicacional entre conocimiento teórico y práctico (Diekelmann, 1988), y obviando, por otro lado, el carácter moral y político de la selección de los fines en toda actividad (Medina & do Prado, 2009).

Encuentro que los planteamientos de este modelo tyleriano se hallan en consonancia con la concepción bancaria<sup>31</sup> de la educación que plantea Freire (1997b). Modelo que se caracteriza por ver al y a la estudiante como receptor bancario de información (Freire, 1997b), como *Tabula Rasa in qua nihil est scriptum* (tabla lisa en la que no hay nada escrito) (Cantera, 2005) y como producto de un proceso de producción industrial (Medina & do Prado, 2009). Desde esta perspectiva el/la estudiante es visto más como objeto que sujeto —un objeto receptor, que no cuestione lo depositado y que digiera un saber de carácter más enciclopédico o técnico—. Una

---

<sup>30</sup> La racionalidad técnica es una epistemología de la práctica que se deriva de la filosofía positivista (Schön, 1992).

<sup>31</sup> Para Freire (1997b) la Educación bancaria "se transforma en un acto de depositar en el cual los educandos son los depositarios y el educador quien deposita. (...) Tal es la concepción "bancaria" de la educación, en que el único margen de acción que se ofrece a los educandos es el de recibir los depósitos, guardarlos y archivarlos" (p.76)

mirada que en palabras de Fromm E. citado por Freire (1997b) es necrófila<sup>32</sup>, desubjetiviza al y a la estudiante, inhibiendo su pensamiento creativo y auténtico. Para Freire (1997b), desde la concepción bancaria de la educación, el educando se torna espectador más que recreador del mundo.

De igual modo, desde el modelo tyleriano y la educación bancaria el/la profesor/a aparece como el experto, que tiene el conocimiento y lo trasmite a quien no lo tiene como si se escribiera en una tabula rasa. “Cuya tarea indeclinable es “llenar” a los educandos con los contenidos de su narración” (Freire, 1997b:75), narración que se transforma en palabra vacía de la dimensión concreta y en palabra hueca, en verbalismo alienado y alienante (Freire, 1997b), en un lenguaje sin sujeto que se escuche a sí mismo cuando habla, como diría Pardo (2000), citado por Larrosa (2010). De ahí que Freire (1997b) afirme que el educador que aliena en la ignorancia, se mantiene en posiciones fijas e invariables; a mi modo de ver, tal vez porque no se produce la suficiente problematización de su propio pensamiento (y sentimiento)<sup>33</sup> y lenguaje, o la suficiente percepción respecto a lo que le pasa al otro/a con el lenguaje que se pronuncia en la relación educador-educando (incluso el lenguaje no verbal expresa, como por ejemplo el silencio no pedagógico —que contiene miedo y obediencia—). En este tipo de educación bancaria reina la cultura del silencio.

Desde esta perspectiva el educador es quien piensa —el sujeto del proceso, los educandos son los objetos pensados—, es quien sabe —los educandos serán los que no saben—, es quien habla —los educandos quienes escuchan dócilmente—, es quien disciplina —los educandos los disciplinados—, el educador es quien opta y prescribe su opción —los educandos quienes siguen

---

<sup>32</sup> Citando a Fromm (1967) y su obra *El corazón del hombre* (p.28-29): “Mientras la vida, dice Fromm, se caracteriza por el crecimiento de una manera estructural, funcional, el individuo necrófilo ama todo lo que no crece, todo lo que es mecánico. La persona necrófila se mueve por un deseo de convertir lo orgánico en inorgánico, de mirar la vida mecánicamente como si todas las personas vivientes fuesen objetos. Todos los procesos, sentimientos y pensamientos de vida se transforman en cosas. La memoria y no la experiencia; tener y no ser es lo que cuenta. El individuo necrófilo puede realizarse con un objeto —una flor o una persona— únicamente si lo posee; en consecuencia, una amenaza a su posesión es una amenaza a él mismo, si pierde la posesión, pierde el contacto con el mundo». Y continúa, más adelante “ama el control y en el acto de controlar, mata la vida”. (Freire, 1997b: 85).

<sup>33</sup> A este respecto quiero añadir, que en nuestra práctica pedagógica también es importante problematizar nuestros sentimientos, porque circulan como una corriente subterránea a lo largo de nuestras interacciones con el estudiante.

la prescripción<sup>34</sup>—, el educador es quien actúa —los educandos son aquellos que tienen la ilusión de que actúan, en la actuación del educador—, el educador es quien escoge el contenido programático —los educandos a quienes jamás se escucha, se acomodan en él— (Freire, 1997b: 78).

Desde este modelo la enseñanza está orientada a comprimir la información (los contenidos)<sup>35</sup> dentro de un paquete listo para depositar y sin demora en esta época de la “instantaneidad” (Bauman, 2007)<sup>36</sup>. Este modelo se define en dos palabras: logocentrismo y magistrocentrismo, centrando la atención en la información que imparte y la explicación del profesor, olvidando por completo el conocimiento y los intereses del y de la estudiante para adecuar la enseñanza (Moncada & Prieto, 2012). Lo que se enseña, el contenido, es pensado esencialmente como estático, como un producto acabado, teniendo poco en cuenta el modo en que originalmente fue formado, los cambios que ocurrirían en el futuro (Dewey, 2004: 66-67), y el contexto complejo y cambiante en el que adquieren sentido (Freire, 1997b; Medina & do Prado, 2009):

*Los contenidos asimilados mecánicamente no son aplicables en un contexto complejo y mutante. El alumno se queda atrapado entre el contenido idealizado y las demandas reales de los cuidados con la persona real. Como en general este contenido es internalizado como una receta, un único modo de hacerlo, el alumno se siente inseguro y, muy frecuentemente, se inmoviliza frente a la realidad. La incapacidad de manejar con el imprevisible, con la realidad cambiante acaba siendo el resultado de esa visión reduccionista de la formación. (Medina & do Prado, 2009: 623)*

---

<sup>34</sup> "Toda prescripción es la imposición de la opción de una conciencia a otra. (...) El comportamiento de los oprimidos es un comportamiento prescrito. Se conforma en base a pautas ajenas a ellos, las pautas de los opresores" (Freire, 1997b: 43).

<sup>35</sup> Respecto a las nociones de Información, Conocimiento y Saber, me adhiero a Hernández, Fernando (2011) en su elocuente aclaración presentada en las Jornadas *Pensar la relación pedagógica en la universidad desde el encuentro entre sujetos, deseos y saberes*: La información —la masa de información— está empaquetada, lista para ser usada y almacenada/tirada, disponible en grandes servidores; el Conocimiento significa poner la información en el contexto, interrogar la información, aprender a darle sentido, el reto está en transformar la información a conocimiento; y el Saber, coloca ese conocimiento en relación con mi experiencia, apunta a la pregunta ¿Qué tiene que ver el conocimiento conmigo?

<sup>36</sup> Bauman (2007) define metafóricamente la actual sociedad como la Modernidad líquida, caracterizada por la instantaneidad, en donde la vida va perdiendo densidad por lo instantáneo, sustituida por un “ya mismo”, es decir, la transformación del tiempo lineal (sólido) en puntillista; el conocimiento se ajusta al uso instantáneo y se concibe para que se utilice una sola vez (que sea instantáneo y desechable). De este modo, el conocimiento es entonces una mercancía, y por lo tanto su destino es perder valor velozmente y ser reemplazado por otras versiones más y mejoradas (y diferentes); la creciente tendencia a considerar la educación como producto antes que como un proceso, conlleva a que ésta sea considerada como una cosa que se consigue completa y terminada o relativamente acabada.

En la obra de Dewey (2004), esta racionalidad de la educación o sistema tradicional, en palabras de este autor, ofrece una dieta de materiales predigeridos, en donde el material, el método y el contenido poseen un valor en y por sí mismos, y prescribe la toma de dosis del contenido que el alumno debe ingerir, en un esquema de cuantificación, y si éste se niega a recibir la dosis se le considera culpable. Para este filósofo, la educación tradicional caracterizada por su régimen militar y organización rígida impone gran restricción sobre la libertad intelectual y moral, además de generar un estado de uniformidad e inmovilidad: las tendencias individuales operan en formas irregulares y más o menos prohibidas, el maestro no adquiere conocimiento de los individuos que trata; se coloca la apariencia ante la realidad (prima la atención, el decoro y la obediencia); y se busca la uniformidad mecánica de los estudios y métodos.

### **2.3 Racionalidad científico-técnica en el curriculum enfermero: eco en la práctica**

La obra de Schön (1992, 1998) revela el dilema al que se enfrenta el profesional práctico. Por un lado, las tierras altas donde predomina la racionalidad técnica y la idea dominante del conocimiento profesional riguroso, y por otro lado, las tierras cenagosas donde toma conciencia de aquellas zonas indeterminadas de la práctica que se resisten a una solución técnica. La racionalidad técnica defiende la idea de que los profesionales de la práctica solucionan problemas instrumentales bien estructurados mediante la aplicación de teoría y la selección de los medios técnicos más idóneos para determinados propósitos, teoría y técnica que se derivan del conocimiento sistemático, preferiblemente científico (Schön, 1992):

*En la variopinta topografía de la práctica profesional existen unas tierras altas y firmes desde las que se divisa un pantano. En las tierras altas, los problemas fáciles de controlar se solucionan por medio de la aplicación de la teoría y la técnica con base en la investigación. En las tierras bajas del pantano, los problemas confusos y poco claros se resisten a una solución técnica. Lo paradójico de esta situación es que los problemas de las tierras altas tienden a ser de relativa importancia para los individuos o para la sociedad en su conjunto, aún a pesar de lo relevante que puede*

*resultar su interés técnico, mientras que en el pantano residen aquellos otros problemas de mayor preocupación humana. El práctico debe elegir. ¿Tendrá que quedarse en las tierras altas donde le es posible resolver problemas de relativa importancia según los estándares de rigor predominantes, o descenderá al pantano de los problemas relevantes y de la investigación carente de rigor? (Schön, 1992: 17)*

Lo que pretende mostrar Schön (1992) son esos dos mundos en los que el profesional se encuentra y el dilema que le conlleva. Dilema que tiene como puntos de origen la idea dominante del conocimiento profesional riguroso, fundamentado en la racionalidad técnica y la toma de conciencia de aquellas zonas de la práctica indeterminadas, inciertas y cenagosas que permanecen fuera de los cánones de la racionalidad técnica. De acuerdo con Dewey (1928) la naturaleza de estas situaciones de la práctica es incierta, compleja, indeterminada y desordenada.

Para Schön (1992) en el curriculum de los centros universitarios y en la investigación universitaria donde predomina la racionalidad científico-técnica, el conocimiento práctico se considera como una ‘aplicación’ del conocimiento basado en la investigación, lo que conduce a una separación jerárquica entre ciencias básicas, ciencias aplicadas y habilidades de ejecución:

*‘De este modo, el currículum normativo de los centros de formación de profesionales presenta en primer lugar las ciencias básicas pertinentes, a continuación las ciencias aplicadas, y finalmente un prácticum en el que se supone que los alumnos aprender a aplicar el conocimiento basado en la investigación a los problemas de la práctica cotidiana.’ (Schein, 1973, en Schön, 1992: 22)*

Este modelo jerárquico del conocimiento profesional, en palabras de Schön (1992), produce una escisión entre la investigación y la práctica. Los investigadores proporcionan el conocimiento básico y las ciencias aplicadas, y los profesionales proporcionan a los investigadores los problemas a estudiar, aplican los resultados de las investigaciones en la práctica (aplicación muchas veces mecánica e irreflexiva y descontextualizada) y ofrecen las pruebas de utilidad de los resultados de investigación (Acebedo, 2012: 45).

El curriculum de enfermería fundamentado desde una racionalidad científico-técnica evidencia esta jerarquía del conocimiento profesional. En un primer lugar la fundamentación de

ciencias básicas (como fisiopatología, farmacología, microbiología, bioquímica, anatomía) y a continuación las prácticas clínicas en las que se aprende la aplicación técnica, el desarrollo de habilidades clínicas y de raciocinio clínico siguiendo la lógica sistemática del método científico. Esta visión instrumental de las relaciones entre teoría, práctica e investigación es defendida desde la necesidad de una teoría que guíe el pensamiento y la acción enfermera (Tomey & Alligood, 2007: 6). Fawcett, como se cita en Medina (1999), ofrece una visión tecnológica de la relación entre conocimiento y acción cuando afirma que:

*'Es importante subrayar el hecho de que los modelos conceptuales guían la práctica de la Enfermería. Es decir, el conocimiento enfermero, formalizado en un modelo particular, es el punto de inicio de las relaciones recíprocas con la práctica de la Enfermería. (Fawcett, 1992: 226)' (Medina, 1999:80)*

Como señala Medina (1999) esta perspectiva está en consonancia con la racionalidad técnica que defiende que el conocimiento profesional de un/a enfermero/a se basa en la teoría (a la cual se le asigna superioridad epistemológica y una connotación prescriptiva), la cual se aplica a los problemas de la práctica. Subraya que el interés por encontrar una teoría general de la enfermería que subsumiera todo el campo, motivó el uso de un lenguaje altamente abstracto y en ocasiones simplista y reduccionista, que no aportaba soluciones prácticas a los problemas de cuidado de los enfermos, por tanto las enfermeras profesionales evitaron y rechazaron su uso, ignorándolas de manera genérica. Como consecuencia (o quizá como factor causal) el uso de las teorías y modelos ha quedado relegado al ámbito académico (Medina, 1996: 419).

Benner (1987) también critica que el único conocimiento que cuenta en el modelo científico-técnico sea el resultante de investigaciones científicas basadas en postulados teóricos. De este modo la práctica profesional se transforma en una aplicación instrumental de la teoría, que excluye los aspectos contextuales y la sabiduría profesional<sup>37</sup> propia de las/os enfermeras/os

---

<sup>37</sup> Benner (1987) pone de relieve la importancia de la **experiencia** en el desarrollo del saber de la pericia clínica y en la «virtuosidad» de la práctica enfermera experta. Para Benner "La experiencia suministra conocimiento práctico. (...) Conforme la



expertas/os. Para esta autora, "la pericia y los conocimientos prácticos de las enfermeras clínicas con categorías de expertas constituyen un valioso y soterrado caudal de sabiduría profesional" (p. 39-40). De igual manera, considera que determinados saberes prácticos se escapan a toda formulación científica de carácter teórico, y que el profesional puede adquirir habilidades y conocimientos prácticos que cuestionen o amplíen los postulados teóricos vigentes, en el marco de toda formulación científica:

*La teoría y la investigación científica se generan desde la esfera práctica, es decir, a través de la labor de los especialistas en un campo determinado. Únicamente partiendo de las presunciones y expectativas que comporta el ejercicio experto de la actividad clínica se suscitan las cuestiones que la ciencia verifica para luego incorporarlas a su acervo teórico. Mientras la tarea de los expertos en un campo pase inadvertida y no quede constancia de ella, se echará en falta un eslabón esencial en el perfeccionamiento del cuerpo teórico dentro del ámbito de la enfermería. (Benner, 1987: 63)*

En los trabajos de Benner (1987), Medina (1999) y Schön (1992) el/la práctico/a y el/la teórico/a son la misma persona (Burton, 2000), quien establece una relación dialéctica entre conocimiento teórico y conocimiento práctico y, además, construye las situaciones de su práctica desde una concepción construccionista de la realidad. A diferencia de la racionalidad técnica que descansa en una concepción jerárquica y unidireccional (derivada de la filosofía positivista) (Schön, 1992).

En educación, autores como Carr y Kemmis (1988) afirman que la práctica no es un comportamiento no meditado que exista separadamente de la «teoría» y al cual pueda «aplicarse» una teoría. Sostienen que todas las prácticas (ya sea de las empresas «teóricas» como las empresas propiamente «prácticas» como la enseñanza), incorporan algo de «teoría»; teoría conductora que reside en la conciencia reflexiva de los respectivos practicantes. Por tanto,

---

enfermera adquiere "experiencia", se genera una sabiduría clínica que es una amalgama de saberes prácticos elementales de conocimientos teóricos no depurados" (p. 36).

sostienen que “las creencias simétricas de que todo «lo teórico» es no práctico y todo «lo práctico» es no teórico son, por tanto, completamente erróneas” (p. 126):

*Un entendimiento correcto de la relación entre la teoría educativa y la práctica de la educación requiere que los practicantes desarrollen teorías propias acerca de sus propias prácticas educativas. La única teoría que puede ser de obligado cumplimiento para la práctica es aquella que el mismo practicante haya desarrollado en el curso de su autorreflexión. (Carr & Kemmis, 1988: 210)*

Para Schön (1992) la cuestión de la relación entre la competencia en la práctica y el conocimiento profesional precisa ser planteada al revés:

*No deberíamos empezar por preguntar cómo hacer un mejor uso del conocimiento científico sino qué podemos aprender a partir de un detenido examen del arte, es decir, de la competencia por la que en realidad los prácticos son capaces de manejar las zonas indeterminadas de la práctica independientemente de aquella otra competencia que se puede relacionar con la racionalidad técnica. (Schön, 1992: 25-26)*

De hecho, Schön (1998) afirma que incluso si el conocimiento profesional estuviera a la altura —es decir, si fuese adecuado— de las nuevas demandas de la práctica profesional, la mejora en la actuación profesional sería transitoria. Explicación que tiene su origen en la naturaleza incierta, compleja, indeterminada y desordenada de las situaciones de la práctica citando a Dewey (1928); el carácter único de las situaciones de la práctica citando a Erik Erikson (1958); y los conflictos de valores, metas, propósitos e intereses con los que frecuentemente se encuentran enredados los profesionales. Lo que le lleva a la pregunta ¿Pueden los conceptos imperantes de preparación profesional llegar alguna vez a favorecer un tipo de curriculum adecuado a los complejos, inestables, inciertos y conflictivos mundos de la práctica? (Schön, 1992: 24).

## **2.4 Enfermería: *praxis* y *poiesis***

Bárcena (2005) considera que el significado de la palabra práctica ("un hacer") se ha vaciado de sentido. Parte su análisis remontándose a Aristóteles, quien distinguió dos formas de

actividad: la praxis (conocimiento práctico o *phrónesis*) y la poiesis (conocimiento *tejné*)<sup>38</sup>. La primera tiene como fin la buena actuación (*eupraxia*), esta «*mejor praxis*» rinde sus efectos sobre el sujeto de la actuación, en tanto que humano, no como experto, técnico o especialista en algo. La *praxis* se entiende como una actuación que tiene sentido en sí misma y que busca que el individuo haga experiencia en ella. Por su parte, la poiesis consiste en la producción de algo externo a la actividad que lo produce, tiene un valor instrumental con respecto al efecto que se quiere conseguir. En la poiesis o producción el actor se perfecciona técnicamente —como técnico, artista o productor— y se mide por los productos objetivos que son resultados de la actividad técnica:

*(...) la poiesis-producción es aquel tipo de actividad cuyo efecto recae sobre algo distinto al individuo mismo que actúa. Su fin es producir o modificar algo. La fabricación y la artesanía son ejemplos de producción. La praxis-acción, por el contrario, es el tipo de actividad cuyo efecto no recae principalmente sobre algo exterior, sino sobre el individuo en tanto que agente de la actuación. Y aquí, el fin no es algo distinto y situado más allá de la actuación práxica. (Bárcena, 2005: 109)*

La práctica se ha vaciado de sentido para Bárcena (2005) debido a que ya no se distinguen estos dos momentos primordiales de la actividad humana: su momento práxico y su momento productivo. Progresivamente, la producción ha acabado siendo pensada como el proceso a través del cual se produce el objeto —para centrarse en el cómo—. Para este autor, el acento que ha puesto el paradigma de la racionalidad instrumental en el *saber hacer* (en el moderno sentido de *know how*), es el de dotar a individuos de habilidades y *know how* cada vez más sofisticados, en el que con frecuencia se ignora el sentido del hacer, es decir, cuando no se piensa lo que se hace.

Por otro lado, Gadamer (2007) plantea que la praxis, la *phrónesis*, está orientada hacia la situación concreta, en consecuencia tiene que acoger las «circunstancias» en toda su infinita variedad y determinar las acciones concretas en cada situación con un sentido ético:

---

<sup>38</sup> *Poiesis* (*poiein*, «producir», en el sentido de llegar a ser) y *praxis* (*pattein*, «hacer», en el sentido de realizar) (Bárcena, 2005).

*Acoger y dominar éticamente una situación concreta requiere subsumir lo dado bajo lo general, esto es, bajo el objetivo que se persigue: que se produzca lo correcto. Presupone por lo tanto una orientación de la voluntad, y eso quiere decir un ser ético. En este sentido la phrónesis es en Aristóteles una «virtud dianoética». Aristóteles ve en ella no una simple habilidad (dynamis), sino una manera de estar determinado el ser ético que no es posible sin el conjunto de las «virtudes éticas», como a la inversa tampoco éstas pueden ser sin aquélla. (Gadamer, 2007: 51)*

Para Bárcena (2005), la cuestión de la praxis reside en llevar la acción hasta su límite, *atravesarla*, o sea, que el individuo haga/padezca experiencia (*exper-ientia*)<sup>39</sup> en ella. Práctica y experiencia van juntas y esta experiencia es conocimiento de las cosas singulares. Y añade, el médico no cura al «hombre», dice Aristóteles, sino a *ese hombre*, a un hombre concreto, con nombres y apellidos. El educador no tiene «alumnos», ni «educandos», sino que su saber y su acción, su saber de la acción, se dirige a Pedro, Marta o Lucas:

*Ese saber de lo singular (phrónesis) es intelecto práctico, razón práctica en movimiento que determina acciones concretas, en situación. Que el hombre sea capaz de acción, de praxis, y por tanto de experiencia, significa, entonces, que sólo el hombre determina su acción. El maestro determina su acción no como experto, como profesor o como individuo docente, sino como sujeto de la experiencia. Atraviesa lo que hace y es atravesado por su hacer, por la experiencia que hace, por su praxis. En sus juicios se determina, en sus decisiones se decide a sí mismo, se muestra y se expresa. Por lo mismo, que el educador, como individuo, sea capaz de esta práctica significa que quiere su acción, que la atraviesa hasta su límite, que hace experiencia y obtiene un saber de experiencia. (Bárcena, 2005: 100)*

Como decía Arendt (1996), el mundo se hace a base de lo que hacemos, de nuestras acciones, con las que insertamos un nuevo gesto en el mundo y así lo renovamos.

---

<sup>39</sup> Gadamer (2007) profundiza en su análisis con Esquilo y su fórmula con la que expreso la historicidad interna de la experiencia: “aprender del padecer”. El sujeto de experiencia es aquel que está abierto a nuevas experiencias, a aprender/desaprender, a un decepcionarse, e incluso, a un aprender del padecer. “Lo que la experiencia es en su conjunto, es algo que no puede ser ahorrado a nadie” (p. 432-434).

La experiencia nos desvela nuestra incompletud, nuestros límites, nuestro no-saber y nos enseña a “percibir los límites dentro de los cuales todavía hay posibilidad de futuro para las expectativas y los planes” (Gadamer, 2007).

En enfermería estas ideas son planteadas por Medina (1996, 1999) y Benner (1987) quienes ponen de manifiesto la distinción entre *tejné*<sup>40</sup> y *praxis*, y señalan que la naturaleza de la práctica enfermera es *phrónesis*, al ser una disciplina que se ocupa cognoscitiva y éticamente del «obrar» humano. Del mismo modo, Bárcena (1994, 2005) señala esa connotación de la naturaleza práctica de la educación y afirma que lo que verdaderamente constituye la praxis en educación es la *formación* y, citando a Altarejos (1990), “sólo puede enseñar quien se ha formado” (Bárcena, 1994: 91). La enfermería al igual que la educación de naturaleza práctica tiene un carácter tecnológico, pero desplegado desde una específica constitución de la educación (y la enfermería) como práctica reflexiva y ética (Bárcena, 1994: 156). De este modo la educación (y la enfermería) son actividades técnicas fundamentadas *práxicamente*, afirma este autor:

*(...) para que la tarea del educador sea una genuina praxis. Esta posibilidad está dada desde el momento en que reconocemos que cualquier tentativa encaminada a lograr la formación del educando —a través de la mediación de la praxis de éste— pasa necesariamente porque aquél esté formado, comprometido con el desarrollo de su propia madurez. Éste necesita desarrollar una sólida estructura cognitiva de moralidad, incrementar su conocimiento práctico para 'aprender a ser' y formarse. Así la intervención del educador es, simultáneamente, producción —actividad técnica— y acción o praxis. (Bárcena, 1994: 89)*

## 2.5 La Praxis: El arte profesional en la práctica

Siguiendo con lo anterior, la praxis se apoya entonces en la memoria de lo ya realizado, en el saber de la experiencia. En palabras de Medina (1999), el conocimiento práctico es fruto de la experiencia y las reflexiones pasadas. Para Benner (1987) el conocimiento práctico es una especie de «virtuosismo» profesional o «arte» de la pericia clínica que posee la/el enfermera/o experta/o.

Schön (1992) utiliza el término *arte profesional* para referirse a "los tipos de competencia que los prácticos muestran algunas veces en situaciones de la práctica que resultan singulares,

---

<sup>40</sup> Medina (1996) afirma que la racionalidad que subyace en el curriculum de Enfermería como prototipo de *tejné*, es marcadamente instrumental y tecnológica.

inciertas y conflictivas" (p. 33). Subraya que el arte es un tipo de saber, diferente en aspectos cruciales a los modelos estándares de conocimiento profesional, pero riguroso en sus propios términos. Además se puede aprender mucho de él, estudiando detenidamente el nivel de ejecución de los prácticos especialmente competentes. Afirma que "existe un arte de definición del problema, un arte de su puesta en práctica y un arte de la improvisación" (p. 26).

Esta idea del arte profesional que emplea Schön contiene la connotación de "acción inteligente" que subraya Ryle (1967), la cual no puede ser analizada en términos de una operación en serie que consiste en considerar prescripciones para luego ejecutarlas (p. 38):

*Lo que distingue los actos sensatos de los tontos, no es su parentesco sino su procedencia. Esto tiene aplicación no sólo para las acciones intelectuales sino también para las prácticas. "Inteligente" no puede definirse en términos de "intelectual", ni "saber hacer" en términos de "saber qué...". "Pensar en lo que estoy haciendo" no connota "pensar en lo que debo hacer y hacerlo". Cuando hago algo inteligentemente, pensando en lo que estoy haciendo, hago una cosa y no dos. Mi actuar presenta una modalidad o proceder especial pero no antecedentes especiales. (Ryle, 1967:32)*

Siguiendo con Ryle (1967), aprendemos a *hacer* mediante la práctica, ayudados por la crítica y el ejemplo. La aptitud inteligente para aplicar reglas es una disposición adquirida resultado de la práctica, lo que no supone que la aptitud inteligente sea mero hábito. En la aptitud inteligente se aprende a hacer cosas pensando en lo que se está haciendo, es estimulada mediante la crítica y el ejemplo. La esencia de la acción inteligente es ser modificada por las que preceden, el sujeto está siempre aprendiendo, cada acto ejecutado es en sí mismo una nueva lección que ayuda a mejorar la acción, el entrenamiento desarrolla la inteligencia y la acción es innovadora. Por el contrario, el hábito es hacer algo automáticamente, sin tener conciencia de lo que se está haciendo, no mostrar cautela o sentido crítico, la esencia de la acción habitual es ser una réplica de las anteriores, se crea por mera rutina (repeticiones) y la mera rutina deja de lado la inteligencia:

*Saber hacer no es, por lo tanto, una disposición simple, como un reflejo o un hábito. Su actualización comprende la observancia de reglas o cánones o la aplicación de criterios, pero no consiste en una sucesión de actos de aceptación de máximas teóricas que se llevan luego a la práctica.* (Ryle, 1967: 43-44)

Para Benner (1987), este *saber hacer (o conocimiento práctico)* se adquiere con la experiencia en sentido gadameriano<sup>41</sup>, es el conocimiento de lo singular y concreto que adquiere la enfermera en cada situación clínica. El saber de su experiencia se presenta en los juicios cualitativos que realiza en cada situación de enfermería, en las observaciones y apreciaciones perceptivas de una situación y de su contexto —en palabras de Gigerenzer (2008) heurística del reconocimiento y heurística de la mirada<sup>42</sup>—, en los significados que elabora tras el contacto con familiares y/o las personas hospitalizadas, en la actitud o predisposición frente a la situación, en las situaciones concretas anteriores “modelos o casos tipo” y el discernimiento personal con la situación concreta presente, en las “máximas” o consignas que se comprenden tras un conocimiento profundo de la situación, en las atribuciones y competencias imprevistas, y en los juicios de carácter discrecional que aplica en situaciones o contingencias clínicas reales (p. 39-40).

Esta autora subraya que la/el profesional experta/o no necesita de un principio analítico (regla, pauta o consigna) para que la comprensión de la situación se traduzca en una iniciativa idónea. El/la enfermero/a experto/a capta por vía intuitiva y sentido crítico todas las situaciones y se centra en el núcleo correcto del problema, sin malgastar el tiempo en una gran variedad de diagnósticos distintos y soluciones improcedentes. A esta capacidad Benner (1987) la ha llamado sentido de *prominencia*. Para Ryle (1967: 31), “la reflexión inteligente sobre el actuar

---

<sup>41</sup> Para Gadamer (2007) “(...) la persona a la que llamamos experimentada no es sólo alguien que se ha hecho el que es *a través de* experiencias, sino también alguien que está abierto *a* nuevas experiencias. La consumación de su experiencia, el ser consumado de aquél a quien llamamos experimentado, no consiste en ser alguien que lo sabe ya todo, y que de todo sabe más que nadie. Por el contrario, el hombre experimentado es siempre el más radicalmente no dogmático, que precisamente porque ha hecho tantas experiencias y ha aprendido de tanta experiencia está particularmente capacitado para volver a hacer experiencias y aprender de ellas. La dialéctica de la experiencia tiene su propia consumación no en un saber concluyente, sino en esa apertura a la experiencia que es puesta en funcionamiento por la experiencia misma.” (p. 431-432)

<sup>42</sup> Para Gigerenzer (2008) la heurística del reconocimiento es la capacidad de distinguir lo novedoso de lo experimentado antes y está adaptada a la estructura del entorno. Gracias a la heurística del reconocimiento tenemos la sensación de que un material/elemento de la situación clínica merece nuestra confianza y atención, y la heurística de la mirada orienta hacia dónde dirigir la acción, pasando por alto información poco relevante a la situación clínica.

consiste, entre otras cosas, en considerar lo relevante y en dejar de lado lo inapropiado”. Con lo anterior, Benner (1987) no pretende afirmar que el/la experto jamás utilice elementos de análisis lógico, este factor analítico le es necesario para cuando no capta correctamente la coyuntura y cuando los sucesos y comportamientos no discurren por los cauces previstos.

De lo anterior se puede apreciar que el conocimiento práctico de las/os enfermeras/os expertas/os revela un saber intuitivo en el transcurso de la acción. Y tal como afirma Schön (1998), el/la profesional revela una capacidad para la reflexión en su saber intuitivo, y algunas veces utilizan esta capacidad para hacer frente a las situaciones únicas, inciertas y conflictivas de la práctica.

Para Atkinson y Claxton (2002) y Rodríguez (2012), existe una relación entre la intuición y la experiencia. La intuición suele tener que ver con la extracción de significados procedentes de la experiencia, por tanto, la intuición es indicativa de sabiduría práctica:

*El pensamiento intuitivo es característico de la experiencia y su producto es el conocimiento tácito que se hace evidente en la práctica, a la que sostiene. Sin embargo, la práctica por sí sola es insuficiente y necesita tanto de planificación como revisión. En la fase de planificación o preparación, el pensamiento racional hace uso de los conocimientos teóricos para elaborar un plan de lo que hay que hacer. En la fase de revisión, el pensamiento reflexivo nos permite aprender de la experiencia práctica en forma de lecciones concretas y contextualizarlas dentro del oficio, que a su vez nos servirá de base de programaciones futuras. (Atkinson & Claxton, 2002: 18)*

Estos autores plantean el concepto de profesional intuitivo como manera de concebir e interpretar la práctica profesional. Se trata de una reformulación y rehabilitación del concepto del profesional reflexivo (Schön, 1992, 1998), que de manera simplista, ha sido interpretado en relación con la reflexión consciente y deliberada sobre la propia práctica (Atkinson & Claxton, 2002: 16)<sup>43</sup>. La crítica que le hacen al pensamiento de Schön es que la práctica profesional es

---

<sup>43</sup> Atkinson & Claxton (2002), citando a Eraut (1994), consideran que las expresiones “reflexión en la acción” y “conocimiento en la acción”, planteadas por Schön (1992), no implican que se trate de conocimiento o reflexión conscientes, sino más bien que la reflexión sobre la que Schön quiere llamar la atención se halla *en la acción*, no en el pensamiento asociado a la acción.



intuitiva, espontánea, más o menos automática e inmediata y capaz de producir al instante una conducta apropiada. Para estos autores el/la profesor/a no reflexiona conscientemente sino que funciona intuitivamente. Sin embargo, a mi juicio Schön (1992) pretende mostrar que la ejecución espontánea y hábil del y de la profesional delante de una situación incierta y desconocida revela este saber intuitivo, y que él ha denominado *conocimiento en la acción*.

Las afirmaciones de Atkinson y Claxton (2002) se encuentran en concordancia con los planteamientos de Gigerenzer (2008), quien señala que las decisiones que tomamos son de carácter más intuitivo —reacciones instintivas— que lógico. Subraya que se debe a que las decisiones intuitivas tienen en cuenta toda la información (inconsciente) sopesándola óptimamente, de ahí que surjan rápidamente en nuestra conciencia sin que nosotros seamos capaces de encontrar las razones y argumentos de estas decisiones. A diferencia del pensamiento consciente, reflexivo, lógico, analítico:

*En muchas ocasiones, la intuición es el timón que nos conduce por la vida. La inteligencia funciona a menudo sin pensamiento consciente. De hecho, la corteza cerebral —en la que reside la llama de la consciencia— está llena de procesos inconscientes, al igual que las partes más viejas del cerebro. Sería un error presuponer que la inteligencia es necesariamente consciente y reflexiva. (...) Sabemos más de lo que podemos expresar." (Gigerenzer, 2008: 23)*

Atkinson y Claxton (2002) y Gigerenzer (2008) coinciden en afirmar que para rehabilitar la intuición parece necesario encontrar un equilibrio, entre la intuición misma y la razón para Gigerenzer, y entre el papel de la actividad mental inconsciente y la consciente para Atkinson y Claxton. De igual manera afirman que los argumentos lógicos (racionalistas) pueden estar reñidos con la intuición, al poner el énfasis en el contenido y los objetivos, mientras que la intuición (como proceso inconsciente) es a menudo una guía mejor para movernos en el mundo real. “El virtuosismo intuitivo se despliega, en la mayor parte de los casos, sin la ayuda (ni la obstrucción) de la deliberación" (Atkinson & Claxton, 2002: 54).

Las aportaciones de estos autores me parecen importantes para rescatar el saber intuitivo del y de la profesional de modo que se pueda cultivar y asignar importancia a la intuición en la formación clínica de las/os estudiantes de enfermería.

## 2.6 La práctica reflexiva y la sabiduría ética

Schön (1992) emplea el término *conocimiento en la acción* para referirse a ese conocimiento práctico que el profesional revela en sus acciones inteligentes, ya sean observables al exterior — ejecuciones físicas, como en el caso de canalizar una vena— o sean operaciones privadas — como en el caso de realizar un juicio clínico de carácter discrecional ante una eventualidad clínica en el estado del paciente—. Un conocimiento que está en la acción y que se revela a través de la ejecución espontánea y hábil, y que, paradójicamente, es un conocimiento que no puede hacerse explícito de manera verbal.

Para Dewey (1928) y Schön (1992) el pensamiento reflexivo comienza en una situación de incertidumbre o situación *sorpresa*, caracterizada ésta por la perplejidad, vacilación o duda. Dewey considera que el pensamiento reflexivo contiene cinco etapas distintas: a) ocurrencia de una dificultad o situación problemática; b) definición de la dificultad, lo que precisa de observaciones deliberadas para poner en claro el carácter específico del problema; c) planteamiento de sugerencias y alternativas de solución; d) razonamiento de las sugerencias, ideas o hipótesis; y e) corroboración experimental, o comprobación de la idea conjetural hasta llegar a la conclusión de la creencia o la no creencia. Para Bárcena (1994) el pensamiento reflexivo cubre distintas fases: a) un estado de duda o perplejidad —una cierta controversia— en la que justamente se origina la indagación deliberativa; b) un proceso operativo de estudio e investigación orientado por la búsqueda y consecución de objetivos concretos que se han descubierto como óptimos para esclarecer el problema; y c) elaboración de algún juicio final, en una toma de posición y alguna decisión concreta.

Dewey (1928) sostiene que “el pensamiento reflexivo lo constituye una activa, persistente y cuidadosa consideración de toda creencia o supuesta forma de conocimiento” (p. 19). Para este filósofo de la educación las situaciones problemáticas, ambiguas, inesperadas, dilemáticas, contienen elementos sorpresa, que proponen una amplia gama, diversa y plural de sugerencias —o alternativas de acción— y que exigen tomar decisiones. Esta situación *sorpresa* requiere que hagamos una pausa —en palabras de Dewey, suspensión de la incertidumbre—, y él lo ejemplifica metafóricamente con el hecho de subirnos a un árbol y desde allí poder observar y conectar los materiales de la situación problemática.

Siguiendo a Dewey (1928), la demanda de solución de una situación problemática se constituye en el fin del pensamiento y, a su vez, esta demanda constituye el factor sólido y director del proceso entero de la reflexión —el proceso del pensar— (la actividad de subirnos al árbol, de observar, de indagar, de contrastar, de hacer variaciones experimentales...).

Para Schön (1992), el/la práctico/a reacciona ante lo inesperado o lo extraño de una o dos maneras, reflexionando *sobre* la acción para descubrir cómo el conocimiento en la acción pudo haber contribuido a un resultado inesperado o realizando una pausa en medio de la acción; también de un modo alternativo, reflexionando en medio de la acción sin llegar a interrumpirla, en una *acción presente*, en donde la acción de pensar sirve para reorganizar lo que se está haciendo mientras se está ejecutando. En éste último caso, Schön afirma que se trata de una reflexión *en la acción*.

La situación *sorpresa* conduce a una reflexión dentro de una acción-presente (Schön, 1992: 38) y/o a una *inferencia* (Dewey, 1928: 52), preguntándonos ¿qué es esto?, lo que indiscutiblemente conlleva un salto a algo desconocido —en palabras de Dewey—. Esta realidad pone de relieve la necesidad de estar atento/a a las condiciones bajo las cuales ocurre la inferencia, reestructurar estrategias de acción o maneras de formular el problema. Por

consiguiente, la reflexión da lugar a la experimentación *in situ* (Schön, 1992) o *corroboración experimental* (Dewey, 1928). Para Schön en la experimentación *in situ*:

*Ideamos y probamos nuevas acciones que pretenden explorar los fenómenos recién observados, verificar nuestra comprensión provisional de los mismos, o afirmar los pasos que hemos seguido para hacer que las cosas vayan mejor. (...) La experimentación in situ puede funcionar, bien en el sentido de conducir a resultados deliberados, o en el producir sorpresas que exigen posteriores reflexiones y experimentaciones.* (Schön, 1992: 38)

Experimentación que implica mantener el estado de duda y encauzarla por vías sistemáticas y prolongadas, regular las condiciones de la *observación e interpretación* bajo las cuales se someten las sugerencias —hipótesis, ideas, tentativas de acción— a prueba. Para Dewey (1928), la observación se presenta desde el comienzo de la situación problemática, ésta permite reconocer, captar por vía intuitiva y sentido crítico todos los materiales de la situación, localizar el núcleo correcto —la naturaleza— del problema y así formular hipótesis; la observación también se presenta durante la *corroboración experimental* con el objeto de comprobar una inferencia —una teoría, una sugerencia— y de llegar a la conclusión de la creencia o la no creencia. Para este autor, “la observación propiamente dicha es indagación y deliberación” (p. 315).

La interpretación de los hechos en palabras de Dewey (1928) es el juicio, y éste se encuentra en conexión íntima con la inferencia, es decir que discurre en ese salto inevitable al que nos lleva esta última, en una serie de tentativas de juicio y de juicios parciales, su consideración original hace alusión “al procedimiento del juez en los estrados” (p. 170). Para este filósofo, el pensamiento reflexivo significa suspensión del juicio durante el curso de indagación, y esta suspensión permite estimar discretamente lo que es pertinente para una solución perpleja o dudosa.

En la formulación del juicio, parafraseando a Dewey (1928), se presentan dos movimientos:

a) determinación de los datos que son importantes para la situación clínica compleja e incierta

que se presenta —movimiento inductivo—, donde la marca del experto está caracterizada por la habilidad para seleccionar lo evidente o significativo —sentido de prominencia— y prescindir del resto, son juicios intuitivos surgidos de la multiplicidad de experiencias sumergidas en un interés profundo; y b) elaboración de la significación sugerida por los datos a la luz de la cual han de ser interpretados, en este acercarse a los hechos y darles significado el/la enfermero/a no es una tabula rasa, se aproxima con su conocimiento práctico, su *background* teórico y conceptual, y su biografía (relacional, psicoemocional y cultural).

Schön (1992) considera al y a la práctico/a como alguien que construye las situaciones de su práctica, no sólo en el ejercicio del arte profesional, sino también en todos los restantes modos de la competencia profesional, por tanto afirma que su reflexión en la acción subyace a una concepción constructivista de la realidad.

Para Dewey (1928), el fin intelectual (como distinto de lo moral) de la educación es la *formación de hábitos cuidadosos, vigilantes y precisos de pensamiento*” (p. 101). Señala que “tenemos que aprender a pensar *bien* pero no a pensar” (p. 56). Y considera que es asunto de la educación:

*(...) cultivar profundos y eficaces hábitos para discernir las creencias comprobadas, de las meras afirmaciones, conjeturas y opiniones; desenvolver una vida, sincera y amplia preferencia por las conclusiones que son adecuadamente fundamentadas y engranar en la labor individual, métodos habituales de investigación y razonamiento, apropiados a los diversos problemas que se ofrecen.* (Dewey, 1928: 54)

Por otro lado, Dewey (1928) aborda las actitudes necesarias para provocar un pensamiento reflexivo: 1) «apertura de mente», que exige el «principio de escucha activa»; 2) «entusiasmo», como propiedad o categoría básica de la motivación intrínseca; y 3) «responsabilidad intelectual», como la capacidad para responder a las consecuencias que lógicamente se deducen de una determinada proposición; actitudes que según este autor asegura una comunicación y un diálogo significativo. Para Bárcena (1994: 147), "la conjunción de estas tres actitudes éticas

facilita la aparición de un pensamiento genuinamente reflexivo, permitiendo, a su vez, la formación de una estructura cognitiva de moralidad".

Para Bárcena (1994) tal estructura —constituida por aspectos cognitivos y morales— exige el asentamiento de un pensamiento pedagógico práctico-prudencial orientado a dos propósitos básicos (p. 147): la correcta regulación ética de los procesos prácticos de deliberación, de formulación de juicios educativos y de toma de decisiones pedagógicas; y la maduración y conformación ética y psíquica de la personalidad como educadores.

Desde planteamientos sociocríticos en enfermería algunos autores han planteado la reflexión crítica (Avis & Freshwater, 2006; Esterhuizen & Freshwater, 2008; Taylor, 2001, 2004), y la reflexividad (meta-reflexión) (Johns, 2005; Taylor, 2008), enfatizando la autovaloración y autocrítica del profesional dentro de los contextos sociales, para lograr altos niveles de consciencia y estrategias de cambio, como una herramienta para la investigación y mejora de la práctica de enfermería (Taylor, 2004, 2008):

*(...) the throwing back of thoughts and memories, in cognitive acts such as thinking, contemplation, meditation and any other forms of attentive consideration, in order to make sense of them, and to make contextually appropriate changes if they are required. (Taylor, 2008: 25)*

Para Taylor (2008), la reflexividad en enfermería (y en la investigación enfermera) asume que el conocimiento humano es subjetivo y contextualizado, y que éste abarca la experiencia vivida de las personas, la subjetividad e intersubjetividad, el contexto y la intención para el cambio.

Otros autores, como Johns (2005) y Watson (2005) abordan la reflexión como *mindfulness*<sup>44</sup>, una sabiduría ética centrada en el corazón que nos hace vivir auténticamente una práctica reflexiva abierta a nuestro mundo personal y a nuestras experiencias prácticas personales.

---

<sup>44</sup> De acuerdo con Jean Watson (2005), la noción de *mindfulness* corresponde a un “estar atento, despierto, consciente e intencional con la presencia de sí, en el aquí y ahora; atendiendo a la interacción entre el ser interno pre-reflexivo de sí y las respuestas externas en un momento de cuidado” (p. viii).

Watson considera que la práctica reflexiva incorpora competencias transpersonales u ontológicas, es contemplativa (*mindful caring-healing<sup>45</sup> practice*), en movimiento desde el discurso profesional académico hacia un diálogo personal interno-externo para descubrir la sabiduría pre-reflexiva y ontológica-ética de las competencias del cuidado. Estas prácticas-centradas-en-el-corazón para esta autora permiten la conexión entre dos personas trascendiendo el propio ego; y permiten el compromiso personal auténtico, el cual se convierte en la mayor contribución ética y estética para conservar la dignidad y el *healing* de la persona cuidada.

## 2.7 El prácticum clínico como espacio para la enseñanza del arte profesional

Hasta aquí he realizado una breve descripción de la racionalidad científico-técnica que todavía predomina en la educación enfermera y del saber práctico del y de la profesional de enfermería.

Dado que el presente estudio busca indagar en la experiencia del y de la estudiante de enfermería en la práctica clínica y la relación de tutoría entre enfermera/o y estudiante, a continuación abordaré el prácticum clínico como espacio o como eje para la enseñanza del arte profesional de la enfermería.

Autores como Diekelmann (1988) y Medina (1999) afirman que el prácticum supone una visión dialéctica de la relación entre los conocimientos enseñados en el aula y los conocimientos de la práctica. Para Diekelmann, la relación entre teoría y práctica, o conocimiento teórico y práctico, es transaccional más que aplicacional; es decir, que es en el área práctica donde los/as estudiantes entran en diálogo con las teorías que ellos aprendieron en el aula, es a través de la práctica que las teorías son refinadas, elaboradas y cambiadas. Por su parte, Medina (1999) afirma que el conocimiento del aula sólo puede resultar significativo, relevante y útil para las

---

<sup>45</sup> Un término que significa recomposición, restauración y reconstitución y nunca debería ser entendido como curación (Santos, Sanson, & Ribeiro, 2006).

alumnas *desde* y a *través* de los problemas inestables, inciertos y ambiguos que aparecen en las situaciones con las que trata la enfermera y no al revés.

Medina (1999), al igual que Schön (1992), concibe el prácticum más como proceso de investigación que de aplicación, que contribuye a la adquisición de esquemas de interpretación holísticos más que esquemas analíticos y prescriptivos. Cuando el/la estudiante «practica» las acciones de cuidar, explora la situación del enfermo que para ella es problemática y novedosa. A través de la adopción de una actitud de *atención operativa e imitación reflexiva*<sup>46</sup> (Schön, 1992) y de la responsabilidad hacia el cuidado de la persona hospitalizada, las acciones clínicas que el/la estudiante ejecute le permitirán darse cuenta de la repercusión de éstas en la persona que cuida, y al mismo tiempo verificar su comprensión provisional de lo que está haciendo; con esa «experimentación» el/la estudiante traslada a la acción aquello que ha oído y visto del o de la tutor/a, reestructurando nuevos cursos de acción en diálogo con la situación, así cada nueva acción da lugar a nuevas interpretaciones y significados que van modificando sucesivamente los cursos de acción (en una conversación de naturaleza dialéctica).

De ahí que Dewey (1928, 2004) afirme que se aprende haciendo y por medio de otros prácticos más expertos que les inician en las tradiciones<sup>47</sup> de la práctica, es decir, en las costumbres, los métodos y los estándares de trabajo de la profesión. Para Schön (1992):

*Un prácticum es una situación pensada y dispuesta para la tarea de aprender una práctica. En un contexto que se aproxima al mundo de la práctica, los estudiantes aprenden haciendo, aunque su hacer a menudo se quede corto en relación con el trabajo propio del mundo real. (...) Se sitúa en una posición intermedia entre el mundo de la práctica, el mundo de la vida ordinaria, y el mundo esotérico de la Universidad. Es también un mundo colectivo por derecho propio, con su propia mezcla de materiales, instrumentos, lenguajes y valoraciones. Incluye formas*

---

<sup>46</sup> Estas dos nociones fueron planteados por Schön (1992), quien describe la atención operativa como aquella disposición especial del y de la estudiante para trasladar lo que escucha y observa a la acción; y la imitación reflexiva como una forma de reflexión en la acción, en la que la estudiante construye y comprueba, en su propia acción, las características esenciales de la acción que acaba de observar del o de la enfermero/a. De este modo, el/la estudiante progresa desde la imitación del otro a la imitación de sí mismo.

<sup>47</sup> A lo largo del texto me referiré a la tradición enfermera, noción que contiene los rasgos que señala Gadamer (2007) sobre la tradición en donde el pasado y el presente se hallan en continua mediación. “(...) la tradición. Lo consagrado por la tradición y por el pasado posee una autoridad que se ha hecho anónima, y nuestro ser histórico y finito está determinado por el hecho de que la autoridad de lo transmitido, y no sólo lo que se acepta razonadamente, tiene poder sobre nuestra acción y sobre nuestro comportamiento” (p. 348).



*particulares de ver, pensar y hacer que, en el tiempo y en la medida que le preocupe al estudiante, tienden a imponerse con creciente autoridad.* (Schön, 1992: 45-46)

Afirma este autor que, si el conocimiento profesional es visto en términos de hechos, reglas y procedimientos aplicados de una forma no conflictiva con los problemas instrumentales<sup>48</sup>, el prácticum es concebido como una forma de preparación técnica. O, si el conocimiento profesional es visto en términos de “pensar como una enfermera”, los/as estudiantes aprenderán hechos relevantes y formas de indagación delante de situaciones problemáticas e inciertas, las/os enfermeras/os tutoras pueden poner énfasis bien en las reglas de indagación o bien en la reflexión en la acción por lo que, en ocasiones, los/as estudiantes deben desarrollar nuevas reglas y métodos propios. O también, finalmente, si el énfasis del prácticum se sitúa en las zonas indeterminadas de la práctica, donde el conocimiento profesional existente no se acomoda a cada caso ni cada problema tiene una única respuesta correcta, entonces los/as estudiantes tienen que aprender un tipo de reflexión en la acción que va más allá de las reglas existentes, no sólo la aplicación de las reglas o el aprendizaje de las formas de indagación que las enfermeras usan delante de situaciones problemáticas, sino también la construcción y comprobación de nuevas categorías de conocimiento, estrategias de acción y maneras de formular los problemas. En este caso los tutores pondrán énfasis en las zonas indeterminadas de la práctica y en conversaciones reflexivas con los materiales de la situación. Este tercer tipo de prácticum no excluye los dos anteriores (Schön, 1992: 47). Sin embargo, tal como advierte Pownes (1972), en comunicación personal con Schön (1992), “lo que más necesitamos es enseñar a nuestros estudiantes a tomar decisiones bajo condiciones de incertidumbre, pero esto es precisamente lo que no sabemos cómo enseñar” (p. 24).

---

<sup>48</sup> Para Schön (1992), desde la perspectiva de la racionalidad técnica la competencia *profesional* consiste en encontrar los medios más idóneos para la obtención de determinados fines que no admiten ambigüedades, aplicar teorías y técnicas derivadas de la investigación sistemática, preferiblemente científica, a la solución de problemas instrumentales de la práctica. Desde esta perspectiva el papel del tutor consiste en observar la actuación de los estudiantes, detectar errores de aplicación y señalar las respuestas correctas.

Autores como Benner (1987), Benner et al. (2010) Diekelmann (1988), Medina (1999) y Schön (1992), coinciden en afirmar que el conocimiento práctico de las profesionales de enfermería, sólo puede ser adquirido a través de la experiencia clínica de la enfermera. Es un conocimiento que no puede ser enseñado, solamente demostrado, debido a su carácter personal, subjetivo y contextual. Por tanto, el saber que el/la enfermero/a pone en juego delante de las situaciones problemáticas y zonas indeterminadas de la práctica difiere del conocimiento que se transmite en el aula.

De manera que en el prácticum, las/os estudiantes aprenden formas de indagación que los/las enfermeros/as usan cuando se hallan inmersas en las situaciones inestables y ambiguas de la práctica cotidiana y aprenden de los conocimientos que los/las enfermeros/as *construyen* a través del afrontamiento de dichas situaciones. Pero además aprenden, a través de la reflexión en la acción, a desarrollar nuevas reglas y métodos propios, a progresar desde la imitación del otro a la imitación de sí mismo, a reelaborar continuamente interpretaciones y significados de las acciones clínicas y a dar sentido a su propia práctica de cuidado.

Sin embargo Medina (1999) advierte que el prácticum no es la mera reproducción de la actividad profesional que las enfermeras desarrollan. El saber hacer (conocimiento en la acción) de las/os profesionales de enfermería, sólo puede resultar útil y transformador en la realidad incierta y cambiante de los cuidados si se halla plenamente articulado en la reflexión en la acción y sobre la acción de las situaciones clínicas concretas (p. 229) y, añadido, en diálogo crítico-reflexivo con las tradiciones de la enfermería.

Para Schön (1992), en la reflexión en la acción o en una práctica de tutoría reflexiva, las dicotomías sobre las que descansa la epistemología de la práctica de raíz positivista no tienen cabida. En primer lugar, la práctica es sinónimo de investigación —a diferencia de la dicotomía investigación-práctica, en la que la práctica se ve como la aplicación de teorías y técnicas basadas en la investigación para problemas instrumentales, cuya objetividad y generalidad se

derivan del método de la experimentación controlada—. En segundo lugar, el planteamiento del problema, medios y fines aparecen formulados con absoluta interdependencia, —a diferencia de la dicotomía medios-fines, en donde la solución de problemas instrumentales puede verse como un procedimiento técnico que se evalúa en virtud de su eficacia a la hora de conseguir alcanzar un objetivo preestablecido—. En tercer lugar, la indagación es una transacción con la situación en la que el conocer y el hacer resultan inseparables —a diferencia de la dicotomía conocimiento-acción, en donde la acción es tan sólo una implementación y una comprobación de la decisión técnica— (p. 80-81).

### **2.7.1 Tregua involuntaria de incredulidad.**

Para Schön cuando un/una estudiante ingresa en un prácticum:

*Debe aprender a evaluar la práctica competente. Debe construir una imagen de ella, debe aprender a valorar su propia posición ante ella y debe elaborar un mapa del camino por el que puede llegar desde donde se encuentra a donde desea estar. Debe adaptarse a las demandas implícitas en el prácticum: que una práctica es algo que existe, que vale la pena aprender, que se puede aprender, y que está representada en sus rasgos más esenciales por el prácticum. Debe aprender «la práctica del prácticum»: sus instrumentos, sus métodos, sus proyectos y sus posibilidades; y a todo ello debe añadir su propia imagen aún imprecisa de cómo puede sacar mejor partido a lo que quiere aprender. (Schön, 1992: 46)*

Lo anterior pone al o a la estudiante en una situación paradójica, debido a que al comienzo de su práctica clínica no puede “comprender lo que necesita aprender, sólo puede aprenderlo formándose a sí mismo, y sólo puede formarse a sí mismo comenzando por hacer lo que aún no comprende” (Schön, 1992: 93). El prácticum para el/la estudiante es un terreno desconocido, incierto y complejo, en el que se espera del y de la estudiante que se tire de cabeza al proceso de cuidar a una persona sana o enferma, tratando de hacer desde el principio aquello que todavía no comprende cómo hacer, con el fin de que consiga el tipo de experiencia que le ayudará a aprender lo que significa cuidar:

*No puede llevar a cabo una opción consciente para afrontar esta zambullida ya que todavía no está en condiciones de captar sus significados más elementales, y sus instructores no pueden comunicárselos hasta que haya conseguido la experiencia necesaria. Por tanto, no tiene otro remedio que dar el salto sin saber -en realidad, con el fin de descubrir- lo que necesita aprender. (Schön, 1992: 93)*

Es así que, se le pide al y a la estudiante que confíe en su tutor/a, quien también en un principio se encuentra ante el dilema de no poder decirle lo que necesita saber/conocer para cuidar a otro/a, de manera que pueda en un primer momento comprenderle. Por lo tanto, la/el enfermera/o debe invitarle a convenir una relación temporal de confianza y dependencia (Schön, 1992: 94). Y para esto se le pide a el/la estudiante que haga una “tregua voluntaria de incredulidad”, la cual interpreto como un *dejarse-decir-algo* en sentido gadameriano<sup>49</sup>.

*Tiene que ser una especie de contrato entre ambos. El profesor debe estar abierto a los desafíos y debe ser capaz de defender su posición. El alumno, a su vez, debe estar dispuesto a dar una tregua a la incredulidad, a darle una oportunidad a las sugerencias del profesor, a poner a prueba las indicaciones. El estudiante debe estar dispuesto a confiar en que un profesor universitario posee una intención programática que se verá confiscada o deteriorada en el caso de que exija una justificación y explicación completa de las cosas antes de que éstas tengan lugar... Un buen estudiante es capaz de una tregua voluntaria de incredulidad. (Schön, 1992: 93)*

Por lo tanto, el/la estudiante “pasa a depender de sus maestros”, de quienes cabe esperar la ayuda para adquirir una buena comprensión, dirección y competencia (Schön, 1992: 94). Esta situación de dependencia temporal, la intensidad interpersonal propia del prácticum y la relación pedagógica creada entre enfermera/o y estudiante puede colocar a éste/a en una situación de vulnerabilidad en función de la fortaleza o debilidad que trae consigo al prácticum.

En enfermería, las/os estudiantes aprenden a partir de situaciones particulares y concretas con personas hospitalizadas (en la clínica) o colectivos (en la comunidad). A este aprendizaje

---

<sup>49</sup> La experiencia del tú como experiencia hermenéutica, tal como la concibe Gadamer (2007), significa no pasar por alto su pretensión y dejarse hablar por él. “Para esto es necesario estar abierto. Sin embargo, en último extremo esta apertura sólo se da para aquél por quien uno quiere dejarse hablar, o mejor dicho, el que se hace decir algo está fundamente abierto. Si no existe esa mutua apertura tampoco hay verdadero vínculo humano. Pertenecerse unos a otros quiere decir siempre al mismo tiempo oírse unos a otros. (...) La apertura hacia el otro implica, pues el reconocimiento de que debo estar dispuesto a dejar valer en mí algo contra mí, aunque no haya ningún otro que lo vaya a hacer valer contra mí” (p. 438). Gadamer presenta aquí esa paradoja de la experiencia del tú que implica alteridad y reconocimiento y con ello a que le «comprenda». Una comprensión que no comprende al tú sino la verdad que nos dice, a esa clase de verdad que sólo se hace visible a través del tú, y sólo en virtud del hecho de que uno se deje decir algo por él.

Benner et al. (2010), le denominan aprendizaje experiencial o situado, un aprendizaje distintivo de la educación de enfermería. El/la estudiante transfiere las habilidades aprendidas en el laboratorio sobre un maniquí a pacientes actuales, inicia su aprendizaje clínico en situaciones de cuidado de pacientes relativamente estables y van progresando, a lo largo de sus prácticas clínicas, a situaciones menos predecibles, donde las profesoras y enfermeras les permiten más responsabilidad e independencia en sus acciones clínicas, usando un sutil acompañamiento junto a la cama del paciente o un acompañamiento más abierto fuera de la habitación del paciente.

Para Bardallo (2010), la finalidad de este acompañamiento al o a la estudiante es el descubrimiento e interpretación de la realidad; el/la tutor/a lo/la introduce en el mundo práctico, lo que no significa que se convierta en una clonación del tutor; el/la estudiante ha de ver con sus propios ojos, no con los de su tutor. Cita a Pestalozzi (1985), quien afirma que el/la estudiante es un individuo que se reconstruye como obra de sí mismo, en interacción con los otros, en un determinado contexto. Bardallo afirma que el/la estudiante puede constituirse como un *mediador*, es decir, como el espejo que devuelve la imagen de unas prácticas de tutoría clínica que necesitan re-pensarse, cuestionarse y actualizarse. Esta idea de que el/la estudiante es un espejo para la enfermería, también la encuentro planteada en Rodríguez (2012):

*No es de extrañar, por tanto, que los estudiantes prioricen su aprendizaje también en las destrezas técnicas, pues eso ha sido lo que han observado en sus tutoras y que son un reflejo de la enfermería como profesión. (Rodríguez, 2012: 345)*

Para Rodríguez (2012), el/la estudiante en el prácticum clínico adopta un papel protagonista en su formación y su aprendizaje depende no sólo de la relación pedagógica establecida con su tutor sino además de su voluntad:

*Su tutor le acompaña, su tutor le enseña a graduar y enfocar la mirada, su tutor le corrige, pero es él, el que alcanza el descubrimiento de sus ideas, el que aprende de sus errores, el que decide que alternativa utilizar y la argumenta, el que revisa su pensamiento... y todo eso con un fin; alcanzar las herramientas necesarias para llegar*

*a convertirse, con el tiempo, en un profesional práctico experto y reflexivo.*  
(Rodríguez, 2012: 266)

Coincido con esta autora cuando afirma que este énfasis en el/la estudiante como protagonista va acompañado de una práctica de tutoría consciente por parte de la enfermera/o, es decir, una práctica consciente de sí (como enfermera/o tutor/a) a nivel relacional, emocional, práctico reflexivo y ético.



## Capítulo 3. La relación Pedagógica como relación de Cuidado

*Aprender significa ajustar nuestro obrar y no-obrar a lo que en cada caso se nos atribuye como esencial. (...) En efecto: enseñar es aún más difícil que aprender porque enseñar significa: dejar aprender.*

*(...) El maestro posee respecto de los aprendices como único privilegio el que tiene que aprender todavía mucho más que ellos, a saber: el dejar-aprender. (Heidegger, 1958: 19-20)*

### 3.1 El valor de la experiencia en la pedagogía

Según Van Manen (1998), la pedagogía se refiere a las experiencias pedagógicas que suceden en la vida cotidiana entre estudiantes y educadores, también a la necesidad de reflexionar sobre dicha convivencia (o situaciones pedagógicas<sup>50</sup>). Esta reflexión pedagógica y teorización cotidiana es de gran valor, permite comprender la importancia pedagógica de cada acontecimiento y situación de la vida del joven, y favorece que la acción pedagógica subsiguiente sea más consciente y con más tacto pedagógico. Tacto que, en palabras de Van Manen (1998), permite experimentar la subjetividad del otro sin alterarla, descubrir su singularidad y particularidad:

*(...) los educadores con tacto han desarrollado la capacidad de mostrar una consideración afectuosa hacia lo singular: la singularidad de los niños [del joven], la singularidad de cada situación y de las vidas individuales. (Van Manen, 2004: 16)*

De modo tal, que cada acción pedagógica que ha sido reflexionada es una fuente de conocimiento y de sensibilidad para la siguiente acción y así sucesivamente. Las ideas de Van Manen (2004) me permiten afirmar que el/la profesor/a y la/el enfermera/o con tacto ha adquirido una sabiduría para saber qué decir y qué hacer, qué no decir y qué no hacer en una situación pedagógica; cultiva en sí misma/o la sensibilidad para ver, escuchar y reaccionar ante

---

<sup>50</sup> En el siguiente apartado profundizaré sobre la noción de situación pedagógica.



el otro/a (sea paciente o estudiante), y esta sensibilidad depende de la relación que tenga con él. Este conocimiento tácito (y «pático»<sup>51</sup>) que el/la profesor/a (y/o enfermera/o) adquiere es sensible al contexto, a la acción pedagógica específica para la situación concreta y a la historia personal y formativa del joven en particular (Pedro, Lucas, María).

Debido a ese carácter singular, concreto y único que adquiere el encuentro entre profesor/a y estudiante/s, Van Manen (1998) afirma que tanto los hechos y los valores como el método y la filosofía son importantes para saber cómo actuar de forma pedagógica, pero en los momentos pedagógicos ni los hechos, ni los valores, ni los métodos ni la filosofía pueden decirnos qué debemos hacer y/o cómo actuar.

La impredecibilidad, complejidad, tensión y contradicción que caracteriza la situación pedagógica (o encuentro pedagógico) solicita que el/la profesor/a sea un profesional reflexivo. Se le pide no sólo que reflexione sobre las experiencias, sino también sobre las condiciones que conforman las experiencias y/o situaciones pedagógicas. Para Van Manen (1998) la reflexión también es una experiencia que puede emerger de diversas maneras: a) la reflexión anticipativa, orientada hacia una acción futura —por ejemplo planificar las clases o la tutoría clínica—, que ayuda a afrontar o estar preparado/a ante eventualidades o situaciones difíciles e inciertas que se puedan presentar en la situación pedagógica. Para este autor la planificación ha de ser flexible, dinámica, comprometida y orientada; b) la reflexión activa o interactiva —denominada también reflexión en la acción—. Van Manen matiza y diferencia entre la del pedagogo y la de otros profesionales —como en la medicina o ingeniería— cuyos procesos de reflexión en la acción son similares al proceso de deliberación racional o de la toma de decisiones. Para este autor el pedagogo parece menos implicado en reflexionar sobre la resolución del problema que sobre el significado pedagógico e importancia de las experiencias; añade que el momento pedagógico

---

<sup>51</sup> Para Van Manen (2004) el conocimiento pático hace referencia a un conocimiento que más que pensarse o razonarse se siente. “El conocimiento del profesor es pático en la medida que enseñar depende de la presencia personal del profesor, de su percepción relacional, de su tacto para saber qué decir y hacer en situaciones imprevistas, y de su rutina y sus costumbres solícitas” (p. 59)

interactivo y cambiante se caracteriza por un tipo diferente de reflexividad: una cierta consciencia. Es esta consciencia la que diferencia la acción pedagógica con tacto de otras formas de acción deliberadas y reflexivas:

*(...) las acciones solícitas se diferencian de las acciones reflexivas en que son conscientes y están atentas a lo que hacen sin distanciarse reflexivamente de la situación al considerar o experimentar las posibles alternativas o las consecuencias de la acción. Por lo tanto, cuando hablamos de una acción con tacto más que decir que es acción «reflexiva» deberíamos decir que es solícita, en el sentido de «consciente». (Van Manen, 1998: 122)*

c) Por último, la reflexión sobre los recuerdos —denominada también reflexión sobre la acción—, la cual ayuda a dar sentido a las experiencias pasadas y, de esta forma, indagar sobre el significado pedagógico de la experiencia concreta y/o si la acción pedagógica fue la apropiada con preguntas: ¿Cómo vivió el joven la situación y qué pudo haber significado para el/ella?, ¿Dije o hice lo correcto?, ¿Qué es lo que debería haber hecho?, ¿Cuál es la importancia pedagógica de esta situación? Tal como mencioné anteriormente, y de acuerdo con Van Manen (1998), esta reflexión pedagógica y teorización cotidiana favorece que la acción pedagógica subsiguiente sea más consciente y con más tacto.

Autores como Bárcena (2005), Contreras y Pérez de Lara (2010), Dewey (2004), Freire (1997, 2006b) y Van Manen (1998, 2004) coinciden en afirmar la conexión entre la educación, la pedagogía y la experiencia concreta, singular; lo que no significa que puedan ser equiparadas una a otra, hay experiencias que son educativas y otras que no lo son, por ejemplo. Para Dewey, la experiencia constituye las relaciones del individuo en interacción con el medio, ésta tiene un aspecto activo y otro pasivo, en la medida en que el individuo actúa sobre el mundo (dimensión activa) y éste a su vez actúa sobre el individuo (dimensión pasiva). Pero la experiencia no sólo transforma al individuo y al mundo, también transforma la experiencia pasada y futura, de ahí que Dewey considere dos principios de la experiencia, el *principio de continuidad de las*

*experiencias y el principio de la interacción.* “El principio de continuidad de la experiencia significa que toda experiencia recoge algo de lo que ha pasado antes y modifica en algún modo la cualidad de la que viene después” (p. 79). Y continúa afirmando: “cada experiencia es una fuerza en movimiento. Su valor sólo puede ser juzgado sobre la base de aquello hacia lo que mueve” (p. 81). Y el principio de la interacción, como transacción entre las condiciones objetivas (el ambiente<sup>52</sup>) y las condiciones internas (propias del sujeto), a través de la cual ambos se transforman. “El yo ya no sería algo esencial, algo por fuera del tiempo y del espacio, sería algo producido por medio de las transacciones con el medio” (p. 37-38).

De acuerdo con Dewey (2004), la misión del educador es ver en qué dirección marcha la experiencia educativa, juzgar qué condiciones del ambiente conducen a experiencias que faciliten el crecimiento del joven, utilizar los ambientes físicos y sociales que existen para fortalecer que las experiencias sean valiosas, tener una empática comprensión de los estudiantes de tal manera que le dé una idea de las necesidades y capacidades de éstos, tener en cuenta la fuerza impulsiva de una experiencia y orientarla de modo tal que prepare a la persona para ulteriores experiencias de una calidad más profunda y expansiva. Para él, la actitud más importante que se puede formar ante el estudiante es la de desear seguir aprendiendo:

*¿Qué ventaja constituye adquirir cantidades prescritas de información sobre geografía e historia, o adquirir la destreza de leer y escribir si en el proceso pierde el individuo su propia alma; si pierde su apreciación de cosas preciosas, de los valores a los que se refieren estas cosas, si pierde el deseo de aplicar lo que ha aprendido y, sobre todo, si pierde la capacidad para extraer el sentido de sus futuras experiencias cuando se presenten? (Dewey, 2004: 90)*

Esta capacidad de extraer el sentido de sus próximas experiencias puede cultivarse en el estudiante, si éste ha sido respetado en sus *procesos de vida* (Wild, 2003). Procesos que tienen

---

<sup>52</sup> “(...) el ambiente, en otras palabras, es cualquier condición que interactúa con las necesidades, propósitos y capacidades personales para crear la experiencia que se tiene” (Dewey, 2004: 86). Estas condiciones objetivas pueden ser las unidades de hospitalización, las personas con las que el estudiante interactúa en su práctica clínica —incluso el tono, el tacto y la mirada que fluye en el encuentro interpersonal—, el objeto sobre el que se habla, libros, materiales de curación, etcétera.

lugar en la interacción recíproca entre la estructura interna compleja del individuo (*el adentro*) y el caos relativo del exterior (*el afuera*). Por ejemplo, cuando se ha preparado el ambiente físico y social del prácticum de modo tal que propicie, por un lado, que el/la estudiante de enfermería vivencie experiencias clínicas y que sean significativas para su aprendizaje y, por otro, que reflexione sobre el sentido y los significados que la experiencia clínica tiene para sí —como futuro profesional—. En otras palabras, cuando el ambiente se aleja de polos como la directividad (la cual se aproxima más a los intereses de una sociedad dirigida al rendimiento, eficiencia y obediencia) o el activismo (en el sentido freireano —1978— corresponde a la acción sin reflexión, no meditada y no libre, que niega la praxis verdadera e imposibilita el diálogo).

Cuando el/la estudiante es estimulado para reflexionar a partir de su propia experiencia vivida en el prácticum, se está asignando la importancia pedagógica que merece su vivencia, percepción, sentimiento y pensamiento, y se está favoreciendo en él/ella la elaboración de significados e interpretaciones de su propia práctica y las posibilidades de ser en su futura práctica profesional. Esta reflexión (pensamiento) sobre lo vivido es en sí misma generadora de un saber que procede de la experiencia, un saber que interioriza el sujeto en su estructura interna (sentimientos, emociones, pensamientos, percepciones, acciones) y que pone en juego al entrar en contacto con la realidad:

*El saber que procede de la experiencia es, por lo tanto, el que se mantiene en una relación pensante con el acontecer de las cosas, el de quien no acepta un estar en el mundo según los criterios de significación dados sino que va en busca de su propia medida. (Mortari, 2002: 155)*

En este orden de ideas, Contreras y Pérez de Lara (2010), citando a Hannah Arendt, afirman que la experiencia personal es la que pone en marcha el proceso de pensamiento; a partir de lo que nos ocurre y de lo que vivimos en el mundo que experimentamos como propio indagamos en lo que *nos pasa*:

*Pensar la educación en cuanto que experiencia supone una mirada apegada a los acontecimientos vividos y a lo que suponen o significan para quien los vive; supone pararse a mirar, a pensar lo que lo vivido hace en ti. (Contreras & Pérez de Lara, 2010: 24)*

Las situaciones vividas en la práctica clínica son así una oportunidad para orientar al y a la estudiante a pensar e indagar en aquello que *le pasó* en el interior de dicha situación, por lo que le significó y la resonancia de dicho acontecimiento en su formación como cuidador/a de enfermería. Esta mirada reflexiva del y de la estudiante sobre los acontecimientos vividos es fundamental para su aprendizaje clínico, su maduración profesional y la internalización de las prácticas de cuidado de enfermería.

Considero que esta mirada o vuelta reflexiva sobre los acontecimientos vividos tiene cierta relación con los principios de continuidad e interacción planteados por Dewey (2004), y con la relación del ser con el tiempo (pasado-presente y futuro) que plantea Heidegger (1958), quienes afirman que la mirada reflexiva hacia el pasado es un agente poderoso que permite apreciar y comprender el presente y expandir o abrir posibilidades de futuro.

Por tanto, concuerdo en que la experiencia vivida (o vivencia) y el pensamiento (reflexión) sobre dicha experiencia (pensamiento considerado en sí como un acto experiencial) es esencial para el aprendizaje significativo, la curiosidad epistemológica y la adopción de una actitud de apertura a ulteriores experiencias del y de la estudiante:

*El tutor es consciente de ello [el valor de la experiencia] e intenta que el estudiante experimente y sea consciente de las consecuencias de sus actuaciones de la práctica. No se aporta la misma experiencia al estudiante con el relato de una experiencia, que con la observación de una experiencia, que con la vivencia de una experiencia. La vivencia acompaña a la acción de las emociones, de los miedos, de los sentimientos, todo ello, personal e intransferible. (Rodríguez, 2012: 331)*

### **3.2 La situación pedagógica como situación humana: diálogo vivo**

He reunido en el título del presente apartado dos nociones *situación pedagógica* y *situación humana*, que a mi modo de ver se relacionan entre sí por el carácter constitutivo de los elementos

y condiciones de una situación, entendida ésta como la totalidad de detalles o elementos que contextualizan e influyen en el encuentro entre enfermera y paciente (o entre enfermera y estudiante) en el acto clínico o el acto pedagógico. La noción *situación pedagógica (o educativa)*, ha sido abordada desde la Educación por autores como Dewey (2004), Freire (2006b) y Van Manen (1998), y la noción de *situación humana: diálogo vivo*, ha sido planteada en la Teoría de la Enfermería Humanística de Paterson & Zderad (1979). Posterior al trabajo de Paterson y Zderad, otras autoras, como Boykin & Schöenhofer, citadas en Purnell (2007), han desarrollado la noción de *situación de enfermería*, como aquel momento donde la/el enfermera/o se presenta de forma auténtica, comprometida e intencional con el otro/a, experimenta la unicidad que surge de la relación persona cuidada con persona que cuida, toma consciencia de sus sentimientos, pensamientos, necesidades y actitudes tanto de la persona que cuida como de sí misma.

Para Van Manen (1998) la situación pedagógica se corresponde a aquellas circunstancias o condiciones que constituyen el lugar de la acción o práctica pedagógica cotidiana, y que hacen que sean posibles las experiencias pedagógicas entre profesor/a y estudiante/s. Esta convivencia cotidiana y a la vez pedagógica es el objetivo fundamental, su *telos*, y la verdadera *raison d'être* de todo discurso sobre pedagogía. Convivencia que está constituida por relaciones y acciones pedagógicas.

Para Freire (2006b) el primer elemento constitutivo de la situación educadora es la presencia de un sujeto, el educador o la educadora, del cual se espera una acción —la tarea de educar, por ejemplo— con respecto a la situación del estudiante; y el segundo elemento constitutivo es la presencia de los educandos, de los estudiantes. Estos dos elementos constitutivos son esenciales en la obra de Freire. Para el presente trabajo de investigación, que busca en parte indagar en el papel de la relación pedagógica en el interior de la práctica clínica del estudiante, la *presencia* del o de la enfermera/o y la *presencia del y de la* estudiante de enfermería serían dichos

elementos esenciales constitutivos de las diversas situaciones pedagógicas que suceden en el prácticum clínico.

Quiero detenerme un momento en el concepto «la presencia» y retomar a Paterson y Zderad (1979), para quienes ésta implica reciprocidad. El otro/a es visto como una presencia, como una persona más que como objeto, una función o un caso. La presencia se experimenta como algo influido por un sentido de *responsabilidad* o *respeto* por lo que se aprecia como la vulnerabilidad del otro/a. La relación pedagógica (enfermera-estudiante, por ejemplo), del mismo modo que la relación de cuidado enfermera (enfermera-paciente) es una experiencia transaccional intersubjetiva —interhumana—, que entraña necesariamente un modo de ser y actuar de las personas implicadas en la situación. Para estas autoras, en dicha experiencia el peso del ser de cada uno/a se siente:

*Para ofrecerle una presencia genuina a otros, tiene que existir dentro de la persona la convicción de que dicha presencia es valiosa y produce un cambio en la situación. Si para la enfermera esto es valioso, lo ofrecerá en su situación del cuidado de otros. (Paterson & Zderad, 1979: 23)*

*(...) la presencia y el efecto de la presencia de alguien puede sentirse más vívidamente de lo que puede describirse. (Paterson & Zderad, 1979: 33)*

Por tanto, el acto de cuidar, de enseñar o de aprender es una expresión conductual del modo de estar del y de la enfermero/a y del y de la estudiante en la situación (por ejemplo, cansada/o, confidencial, atenta/o, disponible), es una especie de “*estar con*” o un “*estar-ahí*”, que requiere estar atento a una abertura aquí y ahora de la situación compartida y comunicar la disponibilidad. En la acción —ya sea pedagógica o clínica—, una mirada silenciosa o una presencia física implica cierto grado de intersubjetividad que garantiza (o no) el reconocimiento. Para estas autoras es necesario centrarse en los modos de estar en la situación de los participantes. “Más que preguntarle a la enfermera “¿Qué hizo en la situación enfermera-paciente?”, se debería preguntar “¿Qué pasó entre ustedes?” (Paterson & Zderad, 1979: 33-34).

Al respecto Benner y Wrubel (1989), citadas por Brykczynski (2007), utilizan los términos fenomenológicos de *estar situado* y *significado situado*. Estas autoras vienen a decir que la interacción, la interpretación y el entendimiento de la situación son personales, dependen del modo en que el individuo esté situado en ella. Esto significa que el pasado, presente y el futuro de la persona, incluyendo sus interpretaciones y significados personales (biográficos) influyen en la situación actual. En el trabajo de Boykin & Schoenhofer (2001), citadas por Purnell (2007), la *situación de enfermería* se construye en la mente de la enfermera y está presente siempre que la intención de la enfermera sea la de «cuidar» y potenciar a la persona.

Para Van Manen (1998) estar situado pedagógicamente en el interior de una situación significa especialmente que uno/a debe ser capaz de entender la situación desde el punto de vista existencial de la otra persona y preguntarse cómo experimenta la situación el joven, y esto sucede mediante la forma en que el educador está ligado al estudiante, según el modo en que el educador «pertenece al» estudiante (p. 86), el modo en que está «presente» para el otro/a, para vivirlo como un 'tú'.

Para Freire (2006b), la presencia de educador y educando se da en un determinado espacio, que él denomina **espacio pedagógico**, en el cual las condiciones materiales (o el ambiente, siguiendo a Dewey, 2004) tienen una relación indudable con las condiciones internas del sujeto (mentales, espirituales, éticas, etc.). En la obra de Dewey (2004), la experiencia educativa es un juego recíproco entre estas dos series de condiciones (objetivas e internas). Tomadas juntas, o en su interacción, constituyen lo que él denomina una *situación* (p. 84-85).

Otro elemento constitutivo de la situación educativa al que hace alusión Freire (2006b) es el **tiempo pedagógico**.

El cual, afirma, está al servicio de la producción del saber, e invita a preguntarnos respecto al servicio de quiénes, de qué ideales producimos el saber dentro del tiempo-espacio del aula, y de



qué sucede en aquellos tiempos muertos (pérdidas de tiempo) en los que no hubo aprendizaje, ni pensamiento, ni acción pedagógica y qué repercusión tienen éstos para el estudiante. A este respecto Van Manen (1998) insiste en el respeto hacia el tiempo del joven.

Desde la perspectiva de la enfermería humanística, los anteriores elementos de la situación pedagógica son descritos también en Paterson y Zderad (1979) al referirse a la *Situación humana* que se construye en el interior de las situaciones de cuidado de enfermería. Consideran que el hombre es un ser corpóreo en relación con otros/as y las cosas, en un mundo bidireccional de tiempo y espacio. Para estas autoras los elementos del sistema serían los hombres (pacientes y enfermera/o) reunidos en una transacción intersubjetiva (ser y devenir) con un fin intencional (alimentar el bien-estar y el más estar de una persona con necesidades evidentes en relación con la dimensión salud-enfermedad) que se da en el tiempo y el espacio (tal como lo delimita y vive cada uno/a) en un universo de hombres y cosas (p. 40-41).

La tesis central de la obra de estas autoras es que la enfermería misma es una forma de diálogo humano, es decir, que el encuentro entre enfermera-persona hospitalizada no es meramente fortuito sino más bien un encuentro en el que hay una llamada y una respuesta con fines o propósitos determinados. Esta tesis me parece relevante y análoga al encuentro pedagógico entre enfermera-estudiante, el cual no es un mero encuentro intersubjetivo sin propósito pedagógico, sino que es una relación intencionalmente dirigida hacia un objetivo/propósito pedagógico determinado, mediada a través del diálogo en el que juega un papel importante la pregunta (como llamada) y la respuesta.

Tanto la persona hospitalizada como la enfermera (o estudiante y enfermera) tienen la capacidad de estar abiertos o no al diálogo, es decir, que pueden elegir cómo y cuánto abrirse al diálogo, hay un control sobre la cualidad de su encuentro, y dicha apertura (o no) se ve influida por la percepción del objetivo del encuentro (Paterson & Zderad, 1979). En general el paciente espera recibir *ayuda* (análogamente el estudiante espera recibir ayuda también) y la enfermera se

muestra asequible para proporcionarla. Para estas autoras, la ayuda es entendida como una forma de relación interpersonal basada en la colaboración que se presta a alguien para alcanzar un determinado fin e implica la asequibilidad y la reciprocidad:

*La asequibilidad implica no sólo estar a disposición del otro sino también estarlo con la totalidad de uno mismo. Además, ello implica **reciprocidad**. El otro también es visto como una presencia, como una persona más bien que como un objeto, una función o un caso. (...) mi asequibilidad es una "asequibilidad-dirigida-a-ayudar". (Paterson & Zderad, 1979: 56)*

Nótese sin embargo que esta ayuda no es instrumental, requiere de un delicado equilibrio entre las condiciones objetivas (desarrollo de habilidades clínicas, elaboración de razonamientos clínicos o abordaje psicoemocional, por ejemplo) y las condiciones internas o subjetivas de estudiante y enfermera/o (como experimenta el otro/a la asequibilidad y la ayuda, por ejemplo).

En la situación pedagógica entre estudiante y enfermera, la llamada del o de la estudiante es una solicitud de ayuda ante algo que no comprende o no entiende todavía, a la vez que una respuesta a la asequibilidad y disponibilidad que la enfermera le ha ofrecido. Por ejemplo cuando ésta le autoriza a preguntar, a no-saber y le hace sentir que está-ahí por/para el/la estudiante.

Otro elemento, considerado por Freire (2006b) como esencial de la situación educativa, son los contenidos curriculares —u objetos cognoscibles—, es decir, aquellos elementos programáticos que como profesor/a tiene la obligación de enseñar y los estudiantes tienen la obligación de aprender. Estos objetos cognoscibles son objetos que pueden ser conocidos, percibidos, estudiados a través del ejercicio de la curiosidad. De ahí que Freire insista en el *cuidado* que los profesores deben tener en relación a preservar la curiosidad de los estudiantes.

Otra instancia constitutiva de la situación educativa es su direccionalidad (Freire, 2006b), relacionada con los objetivos o propósitos pedagógicos (Van Manen, 1998) que el educador ha planificado. Al respecto Dewey (2004), señala que la dirección de la experiencia educativa se da en función de que la experiencia del presente sea puente para la experiencia subsiguiente y así

sucesivamente, expandiendo de manera continua la experiencia. En este sentido él habla de la continuidad experiencial. En Van Manen (1998) dicha direccionalidad de la situación pedagógica está relacionada con la intencionalidad y propósito pedagógico del educador hacia la madurez y desarrollo personal del joven. Tal vez es más explícito en sus planteamientos hacia las condiciones internas del joven al afirmar que el profesor/a debe ser capaz de considerar la experiencia actual del joven y valorarla por lo que a éste le significa, prever el momento en que éste puede participar más o menos activamente en la cultura (enfermera, por ejemplo) con mayor responsabilidad. Van Manen matizaría que la direccionalidad está en la manera en que el educador moviliza de forma reflexiva su deseo consciente y su voluntad de dar forma y dirección a la situación pedagógica, y ésta sólo existe cuando la intencionalidad y propósito encuentran una receptividad por parte del joven.

Sin embargo, en la obra de Freire (2006b) esta direccionalidad adquiere un carácter más político en la condición de educador. Para él resulta significativo que el educador sea un agente político y que tenga claridad en sus opciones y lineamientos políticos e ideales (sueños) de la formación. En la práctica educativa, afirma Freire:

*(...) estética y ética van de la mano. La práctica educativa es bella como es bella la formación de la cultura, la formación de un individuo libre. Y al mismo tiempo esa estética es ética, pues trata de la moral. (...) no hay práctica educativa sin sujetos, sin sujeto educador y sin sujeto educando; no hay práctica educativa fuera de ese espacio-tiempo que es el espacio-tiempo pedagógico; no hay práctica educativa fuera de la experiencia de conocer que técnicamente llamamos experiencia gnoseológica, que es la experiencia del proceso de producción del conocimiento en sí; no hay práctica educativa que no sea política; no hay práctica educativa que no esté envuelta en sueños; no hay práctica educativa que no involucre valores, proyectos, utopías. No hay entonces, práctica educativa sin ética. (Freire, 2006b: 42-43)*

### **3.3 Relación pedagógica: relación de influencia pedagógica**

Autores como Bárcena (1994, 2005) o Van Manen (1998, 2004) coinciden en afirmar que la relación entre profesor/a y estudiante es una relación de ayuda pedagógica, que sucede en un tiempo y espacio concreto y que toma la forma de un encuentro interpersonal. En donde según

Van Manen (1998), profesor/a y estudiante se influyen de manera bidireccional (mutua) en la interacción; el estudiante participa de forma muy activa en la modelación de la influencia que experimenta del profesor/a; y, la influencia del profesor/a “tiene la cualidad de despertar las posibilidades de ser o llegar a ser” (p. 30) del estudiante:

*(...) la influencia es algo que se comunica entre personas que interactúan entre sí.  
(...) la influencia es algo que irradia o fluye y puede tener consecuencias, efectos o significados diversos. En un sentido amplio, la influencia connota la actitud abierta que muestra un ser humano respecto a la presencia de otro. (Van Manen, 1998: 32)*

Siguiendo a este autor, en la relación pedagógica entre profesor/a y estudiante la influencia pedagógica es intencionada y está orientada hacia lo que es bueno para el estudiante, esta orientación significa que tiene un *propósito pedagógico*. Cuando la influencia pedagógica está orientada con un propósito pedagógico requiere tener presente, al menos, dos consideraciones de acuerdo con Van Manen (1998). Por un lado, “respetar al joven tal y como es y cómo quiere llegar a ser” (p.35) y, por otra, reconocer al *joven* “como una persona más que ha entrado en nuestra vida, que nos reclama, que ha transformado nuestra vida” (p. 36). En este último sentido, el propósito pedagógico, parafraseando a Van Manen, lo entiendo como una receptividad o apertura conmovedora en la que el educador se siente interpelado por aquello que le suena incomprendible o *lo que le pasa* en el encuentro pedagógico con el otro/a. El propósito pedagógico, para este autor, tiene como objetivo fortalecer cuanto sea posible todas las intenciones y cualidades positivas del joven. Lo que significa a mi juicio reconocer al otro/a, acoger su influencia y participar de manera intencionada en la experiencia pedagógica.

En la obra de Freire (1997), la educación problematizadora (o liberadora) de carácter auténticamente reflexivo supera la dicotomía educador-educando (dicotomía característica de la

educación bancaria), de tal modo que ambos se hacen, simultáneamente, educadores y educandos<sup>53</sup>:

*El educador ya no es sólo el que educa sino aquel que, en tanto educa es educado a través del diálogo con el educando, quien, al ser educado, también educa. Así, ambos se transforman en sujetos del proceso en que crecen juntos y en el cual los «argumentos de la autoridad» ya no rigen. Proceso en el que ser funcionalmente autoridad, requiere el estar siendo con las libertades y no contra ellas.*

*Ahora, ya nadie educa a nadie, así como tampoco nadie se educa a sí mismo, los hombres se educan en comunión, mediatizados por el mundo. (Freire, 1997b: 90)*

Por tanto, la relación entre estudiante y profesor/a es ante todo una relación dialógica de sujetos (cognoscentes) entre sí y con la realidad cognoscible. Para Freire (1997b), la ‘dialogicidad’ es la esencia de la educación como práctica de la libertad. En la educación liberadora, el educador cree en el poder creador de los hombres, su acción se orienta no hacia la donación o depósitos de contenidos, sino hacia el pensamiento auténtico (o pensamiento propio) de educandos y educador, mediatizados ambos por la realidad y por ende en la ‘dialogicidad’; el educando en vez de ser dócil receptor de los depósitos se transforma ahora en investigador crítico de la realidad en diálogo con el educador, quien a su vez es también investigador crítico (p. 91).

Debido a lo anterior, considero que la relación pedagógica tiene que ver con el encuentro entre sujetos y sus saberes mediatizados por la realidad y el lenguaje. Este encuentro implica ponerse en una posición de vulnerabilidad, en la que los otros revierten en nuestro aprendizaje y esto nos transforma de sujeto que sabe a sujeto que aprende (Van Manen, 1998). Para Hernández

---

<sup>53</sup> En una de las obras más recientes de Freire (2006b), ejemplifica la simultaneidad de estos dos momentos, el enseñar y el aprender. “(...) **quien enseña, aprende al enseñar y quien aprende, enseña al aprender.** No causalmente en francés el mismo verbo significa enseñar y aprender, el verbo *apprendre*. La cuestión es cómo lidiar con esta aparente contradicción. En este momento, hablando con ustedes, yo estoy reconociendo estas cosas, estoy resabiendo estas cosas. De manera que en el proceso en que ustedes aprenden, ustedes me enseñan. ¿Cómo? A través de la mirada, de sus actitudes. El profesor atento, el profesor despierto, no aprende solamente en los libros, aprende en la clase, aprende leyendo en las personas como si fueran un texto. Mientras les hablo, yo como docente, tengo que desarrollar en mí la capacidad crítica y afectiva de leer en los ojos, en el movimiento del cuerpo, en la inclinación de la cabeza. Debo ser capaz de percibir si hay entre ustedes alguien que no entendió lo que dije, y en ese caso tengo la obligación de repetir el concepto en forma clara para reponer a la persona en el proceso de mi discurso. En cierto sentido, ustedes están siendo ahora para mí un texto, un libro que necesito leer al mismo tiempo que hablo” (p. 40).

(2011), la relación pedagógica aparece, se produce, acontece cuando tiene lugar una experiencia de encuentro de subjetividades y saberes, un encuentro que afecta (que influencia) de algún modo la subjetividad del otro/a y el sentido de ser estudiantes y profesor/a:

*La relación pedagógica no es igualitaria, ni horizontal pero sí recíproca. Afecta y nos afecta. La relación tiene que ver no sólo con lo que sucede, sino con lo que nos sucede. Con lo que tiene lugar en cada uno de nosotros cuando entramos a pensarnos, precisamente, desde la relación pedagógica.* (Hernández, 2011: 16)

El carácter recíproco que Hernández (2011) designa para la relación pedagógica significa que ésta no esconde otro tipo de motivaciones de manifestación de poder o autoafirmación. Como sucede en las relaciones de dominación, las cuales buscan someter a aquél o aquéllos sobre quienes se actúa, impedirles su libertad y autonomía, perpetuando de este modo la dependencia.

Por tanto, considero que la relación pedagógica que busca influir en la influencia pedagógica se orienta entonces hacia el reconocimiento, la libertad y autonomía del educando. De ahí que Bárcena (2005) afirme que la buena práctica educativa supone “un cierto saber borrarse uno como educador, para que el otro tome su propio lugar, y habite el mundo como un ser humano” (p. 220). Y supone también un borrarse como discípulo, tal como afirmó Nietzsche, «Se recompensa mal a un maestro si se permanece siempre discípulo». Para Van Manen (1998) la relación pedagógica implica asumir que en ella hay un vínculo y un desvínculo.

Estas ideas cobran relevancia para la pregunta de investigación sobre el *papel de la relación pedagógica en la formación de la práctica reflexiva, el razonamiento clínico y de cualidades relacionales y éticas entorno al acto de cuidar a otro/a del y de la estudiante*, de modo tal que la/el enfermera/o acompañe y forme de manera integral (en las dimensiones cognitiva, práctico-reflexiva, relacional y ética) como el/la experto/a y guía que es, como también que simultáneamente tienda a borrarse, de tal manera que el/la estudiante sienta que progresivamente transita de la interdependencia a la autonomía en su prácticum clínico:

*Los tutores tienen que ser capaces de distinguir las situaciones en las que el estudiante necesita tenerle cerca, acompañarle en las distintas actividades que realice y las actividades que puede y quiere realizar por el mismo, sin esa presencia del tutor. Normalmente, esto tiene que ver con el tiempo de relación entre ambos, el grado de confianza, con la actividad que se vaya a realizar, los niveles de complejidad de la misma y el grado de autonomía del alumno. (Rodríguez, 2012: 273)*

En el estudio de Rodríguez (2012) subraya que el papel del enfermero/a tutor/a es enseñar a cuidar de manera cuidadosa. Su planteamiento me parece esencial en la educación enfermera, cuyo objeto de estudio es el cuidado del otro/a, sin embargo más que *enseñar* a cuidar de manera cuidadosa, esto es, de manera atenta, presente, asequible y dialógica, considero importante que la acción pedagógica del y de la enfermero/a y/o profesor/a en su relación con el/la estudiante esté orientada por aquellas cualidades de la enfermería y de la enseñanza (la empatía, la presencia, la asequibilidad, la escucha, la atención, entre otras), de modo tal que éstas sean *experimentadas y reconocidas* en la relación pedagógica por el estudiante. Se trata entonces, a mi modo de ver, de que el estudiante haya experimentado la relación con el enfermero/a como una relación que cuidó de él/ella, y que le ayudó a reconocer las cualidades del cuidado de enfermería.

Tal como afirma Dewey, citado por Mortari (2002: 161), para construir discursos sensatos en educación, es necesario confrontarlos con lo que piensan los enseñantes: la verdadera fuente del saber pedagógico estaría en el significado que ellos atribuyen a las prácticas educativas. O como Van Manen (1998) afirma, un profesor no puede forzar a un alumno a aceptarle como profesor; en última instancia, ese reconocimiento debe ser ganado o concedido por el alumno. Lo que me lleva a pensar que la relación pedagógica que cuida al estudiante e influye en él se caracteriza por ese *reconocimiento recíproco* entre estudiante y enfermera/o tutor/a.

Algunos rasgos de la influencia pedagógica que subraya Van Manen (1998) están relacionados con su carácter situacional, práctico, normativo, relacional y autorreflexivo.

El carácter situacional se debe a que la influencia pedagógica emerge del interior de situaciones pedagógicas concretas, dicha influencia es a menudo sutil y aparentemente limitada, y no es completamente predecible o controlable. Se caracteriza por ser formativa, es decir, está orientada hacia el bienestar, la formación y el progreso de la madurez y del crecimiento profesional —y personal— del joven.

Su carácter práctico se corresponde a las acciones pedagógicas (incluso la falta de acción, la negación, o el rechazo) que emergen en el interior de la situación pedagógica como respuesta pedagógica del encuentro con el/la estudiante. Es una acción que a mi modo de ver tiene un propósito pedagógico, es consciente —por tanto se ofrece de manera solícita y con tacto— y es inteligente —debido a su carácter intuitivo y saber práctico—. El prácticum clínico permite ilustrar este carácter práctico de la influencia, ya que en él emergen diversas acciones pedagógicas: la presentación del o de la estudiante al personal de enfermería y la ubicación de él/ella en la unidad de hospitalización, favoreciendo que se sienta como un integrante más del equipo y adquiera la soltura y confianza para moverse en el prácticum; o delegar las acciones de cuidado al y a la estudiante de enfermería, propiciando así su autonomía e independencia. Van Manen (1998) afirma que la pedagogía requiere formas de conocimiento más prácticas que intelectualizadas (p. 26). Al respecto Rodríguez (2012) subraya:

*La figura del tutor debe ser la de un profesional reflexivo, que entiende la práctica asistencial en toda su complejidad, haciendo de su práctica cotidiana su propio proceso de desarrollo. No es una persona con muchos conocimientos, ni con mucha formación, como se entendían los expertos en la racionalidad técnica. El tutor es una persona capaz de intervenir acertadamente. (Rodríguez, 2012: 312)*

Las acciones pedagógicas son, además, normativas. Es decir, si como docente se está (o no) en la capacidad de responder al estudiante y actuar realmente de forma responsable y por tanto moralmente justificable y defendible desde alguna perspectiva, estructura o racionalidad pedagógica (Van Manen, 1998: 31).



El carácter relacional de la influencia pedagógica tiene que ver con el encuentro de dos o más sujetos que se relacionan en una situación pedagógica (compartida); para Paterson y Zderad (1979), cada uno participa en la situación de acuerdo con su modo de ser. Y es mediante la *mediación* [e *influencia*]<sup>54</sup> que ocurre la interacción intersubjetiva de los participantes de la situación. Es decir, cada uno/a (enfermera/o y estudiante) participa necesariamente de los acontecimientos del prácticum y se influyen (o no) entre sí. En este sentido, afirman las autoras, son *interdependientes*. Sin embargo, cada uno/a es originador de actos y respuestas humanas hacia el otro. En este sentido, son *independientes* (p. 32). En Van Manen (1998), esta idea de *interdependencia*, aunque no nombrada por él, también cobra relevancia en la relación pedagógica, afirma que “*los jóvenes dependen de los adultos pero, en un sentido más profundo, los adultos dependen de los jóvenes*” (p. 31). Para este autor, la responsabilidad por el otro/a nos hace ‘estar sujetos a’, o ‘depender de’; de este modo experimentamos lo que el otro/a nos pide como una *solicitud* obligatoria e ineludible, en la que es fundamental que nuestra respuesta pedagógica sea comprometida, confiada y *respetuosa* hacia el otro/a. Me gustaría matizar, sin embargo, que más que buscar en la relación pedagógica ‘una dependencia’ es favorecer la ‘*interdependencia*’ de los sujetos en el sentido planteado por Paterson y Zderad. Por otro lado, desde perspectivas como la ética del cuidado entienden al ser humano como un ser en relación y rechazan la idea de un individuo ensimismado y solitario. “El sujeto humano no está cerrado en sí mismo, sino vinculado a una realidad social y a otros seres humanos” (Vázquez & Escámez, 2010).

Nótese, sin embargo, que esta relación pedagógica no es instrumental, es más que un medio hacia un fin (ser educado o madurar); la relación pedagógica es una experiencia de vida que tiene importancia en sí y por sí misma (Van Manen, 1998), no sólo por sus implicaciones éticas e intelectuales en la formación profesional y personal de profesor/a y estudiante/s, sino porque en

---

<sup>54</sup> Esta relación entre *mediación* e *influencia*, que hago en el texto, surgió después de sentir y pensar el encuentro intersubjetivo de enfermera y estudiante como una relación en la que nuestro modo de ser y aquello que decidimos poner en ella media e influye (o no) en el otro/a.

ella hay un deseo de *ser* con otro/s y un *qué* posible. Es una relación que a mi juicio trasciende las lógicas e intereses comerciales contemporáneos de la educación. Lógicas que conducen a que el estudiante adopte comportamientos como el asumirse como ‘cliente’ y el educador como ‘vendedor de servicios’ (Moncada & Prieto, 2012; Múnera, 2006, 2007a, 2007b).

Para Van Manen (1998), la relación pedagógica es una relación tripolar: “es una relación entre profesor y alumno en la que ambos están orientados hacia una cierta asignatura —en este caso el prácticum— (...) y hacia el mundo con que se relaciona esta asignatura —el mundo enfermero, por ejemplo—” (p. 90). En primer lugar, el/la profesor/a trata de orientar a sus estudiantes hacia las materias que proporcionan a la formación profesional su importancia pedagógica, y por su parte, los estudiantes hacen una tregua voluntaria de incredulidad (Schön, 1992). Relación pedagógica que no puede ser obligada o coercitiva.

En segundo lugar, siguiendo a Van Manen (1998), la relación pedagógica entre el/la profesor/a y estudiantes tiene que ser una relación *bidireccional*:

*El profesor pretende que los alumnos aprendan y crezcan con respeto a lo que enseña. A su vez, los alumnos tienen que tener un deseo, una disposición y una preparación para aprender. Sin esa «disposición para aprender» no se aprenderá nada trascendente. (Van Manen, 1998: 90)*

Esta cualidad bidireccional de la influencia pedagógica en Bárcena (1994: 127-128) puede apreciarse cuando afirma que el educando como protagonista y sujeto activo de su proceso de aprendizaje tiene que realizar actividades, intrínsecamente valiosas, en las que gradualmente se vaya sintiendo más partícipe y protagonista en dicho proceso; actividades en las que va aprendiendo y poniendo en práctica (*praxis*) el conjunto de estrategias —cognitivas y de otro tipo— que le permitan, efectivamente, aprender; actividades realizadas como consecuencia de haberse provocado en él una «actividad mental autoestructurante», mediante la influencia o «ayuda pedagógica» del educador.

En tercer lugar, coincido con Van Manen (1998) cuando afirma que la relación pedagógica entre profesor y alumno/a tiene una cualidad personal. Para la persona joven, la relación pedagógica resulta ser profundamente significativa para su formación profesional, si en ella experimenta un crecimiento de verdad y un desarrollo personal. En parte, esto puede deberse al hecho de que lo que «recibimos» de un gran profesor no es tanto un *corpus* de conocimiento o una serie de habilidades, sino la forma en que la asignatura o práctica es personificada por este profesor, por su entusiasmo, autodisciplina, dedicación, poder personal, compromiso, entre otras cualidades. En este sentido Van Manen afirma que “*el profesor es lo que enseña*”. De igual manera, los estudiantes no almacenan simplemente el conocimiento que aprenden; cada estudiante aprende siempre de una forma particular y personal. En definitiva afirma que cualquier aprendizaje es siempre un proceso totalmente individual.

Finalmente el carácter autorreflexivo de la influencia pedagógica está dado por la reflexión sobre la acción (Schön, 1992; Van Manen, 1998) que realizamos de las situaciones y acciones pedagógicas pasadas, “la acción pedagógica nos empuja constantemente a reflexionar sobre si hemos hecho las cosas adecuada y correctamente, o de la mejor forma posible” (Van Manen, 1998: 31).

### **3.4 La relación pedagógica como conversaciones convergentes**

El título de este apartado está inspirado en la noción de conversaciones convergentes que Diekelmann (2000) ha desarrollado desde la pedagogía narrativa en enfermería. Para esta enfermera, las conversaciones convergentes están comprometidas con los discursos prácticos que describen e interpretan la sabiduría y el conocimiento práctico adquirido a través de las experiencias de *schooling, learning and teaching* de enfermeras/os, estudiantes y profesoras/es. Están caracterizadas por ser interminables —al provocar un tipo de pensamiento que nos prepara a pensar de nuevo y en un diálogo sin fin—, participativas —usando las voces y lenguajes de los

participantes—, conservacionales —al preservar, superar y extender viejas tradiciones o prácticas compartidas olvidadas, no pensadas, no habladas, pero significativas y útiles en el cuidado al otro/a—, autoreflexivas e históricamente situadas. Incluyen además la crítica y deconstrucción a las prácticas pedagógicas existentes. La pedagogía a través de conversaciones convergentes significa permitir el aprendizaje de uno/a con el otro/a, engendrando de este modo, *comunidad*.

En este sentido planteo la relación pedagógica como conversación convergente, con su carácter interminable, dialógico, participativo, conservacional, autorreflexivo y situado.

Para Diekelmann (1990) la conversación es un *diálogo* en el que como espejos unos/as a otros/as nos reflejamos mutuamente; el diálogo es escuchar, buscar la comprensión y estar abierto/a a todas las posibilidades; por tanto, es en la conversación que damos forma y somos formados por nuestro lenguaje. Y “*el lenguaje somos todos, y es casi todo lo que somos*” (Morey, 2007: 433) o tal como afirma Maturana (1995), lo humano se vive siempre en un conversar:

*(...) lo que hacemos en nuestro lenguajear tiene consecuencias en nuestra dinámica corporal, y lo que pasa en nuestra dinámica corporal tiene consecuencias en nuestro lenguajear. (Maturana Romesín, 1995: 21)*

Para Gadamer (2007: 535), “el lenguaje sólo tiene su verdadero ser en la conversación, en el ejercicio del mutuo *entendimiento*”. En la obra de Diekelmann (1988, 1990, 2000), el diálogo es central para la educación de la enfermería y su revolución, es a través de la examinación de nuestro lenguaje (enfermero), que podemos empezar a cuestionar, cambiar y potenciar modos de ser y hacer de la enfermería.

En la obra de Paterson y Zderad (1979), *Enfermería Humanística: diálogo vivo*, las autoras se refieren a este diálogo como una forma particular de relación intersubjetiva:

*Esto se entiende si vemos a la otra persona como a un individuo distinto y único que entra en relación con uno/a. En otras palabras, la enfermería es un modo dialogal de ser en una situación intersubjetiva. (Paterson & Zderad, 1979: 49)*

Nótese, que las autoras emplean el término “diálogo” no sólo en el sentido de enviar y recibir mensajes, verbales y no verbales, sino sobre todo lo conceptúan en un sentido existencial, en términos de llamada y respuesta reflexiva de cada forma de comunicación humana.

Dicha conceptualización de *la enfermería es en sí misma una forma particular de diálogo humano*, fue una idea que sólo emergió y tomó sentido, tal como lo relata una de las autoras, desde el terreno mismo de la experiencia, desde el fenómeno vivo, no desde una consciencia intelectual, teórica o filosófica. Y se pregunta ¿pero cómo se convirtió en una opción viva para mí la conclusión de que la enfermería es dialogal?, ¿Por qué me atrajo?, ¿Cómo adquirió sentido para mí si no fue por mi experiencia? (Paterson & Zderad, 1979: 48). Y afirman:

*El concepto y la experiencia real se revitalizan entre sí. Tal vez este es el valor de una comprensión fundamentada existencialmente, pues tiene una especie de durabilidad que resulta de su continuo rejuvenecimiento por el interjuego de la experiencia y la conceptualización." (Paterson & Zderad, 1979: 48)*

Diálogo vivo porque se experimenta de manera interna, es interiorizado, tiene un fin determinado, está volcado a la experiencia del otro y a la experiencia de sí. Por lo tanto, el diálogo se experimenta en la relación pedagógica (o en la relación enfermera) por el rasgo singular de ocurrir mediado por la acción pedagógica (o la acción enfermera). A mi modo de ver es en la interacción intersubjetiva entre enfermera/o y estudiante que el diálogo adquiere significado y sentido, cuando es un diálogo *presente*, cuando experimento al otro/a como individuo distinto y con el cual entro en relación con mi propio modo de ser, cuando *nos dejamos decir algo* por el otro/a y de ese diálogo emerge todo un movimiento interior.

También vale la pena resaltar que la acción pedagógica es vivida y significada de manera diferente para la enfermera y para el/la estudiante (incluso los significados de la acción pueden entrar en conflicto con los significados propios del estudiante, requiriendo por tanto una tregua voluntaria de incredulidad), además, como expresión conductual la acción es un reflejo de la condición existencial de cada uno/a (por ejemplo, ansiedad, prisa, confusión, ausencia, presencia, presencia plena). Por tanto, dialogamos con nuestro cuerpo, con nuestra manera de *ser* y *hacer* en la relación con el otro/a; el hacer del y de la enfermero/a dialoga con el hacer del y de la estudiante. Éste/a capta el mensaje que la/el enfermera/o le proporciona en su acción, incluso lo que no le proporciona y puede entablar diálogos de diversas maneras: dialogar para sí a partir de lo que ve hacer a la o al enfermera/o tutor/a, dialogar respecto a qué y cómo está llevando a cabo un procedimiento clínico, dialogar exponiendo sus hipótesis de comprensión, inquietudes, sensaciones, dificultades o aprendizajes. Por ejemplo, si la acción de la o del enfermera/o se evidencia como ausente o poco disponible para el diálogo con el estudiante, será una acción en sí misma poco pedagógica, el estudiante no se sentirá motivado para dialogar, expresar sus sensaciones, formular preguntas, presentar sus hipótesis de comprensión, y muy seguramente, procurará obedecer en las tareas delegadas sin preguntar por la razón clínica de la acción, lo que en definitiva conllevará a una relación con carácter más instruccional e instrumental.

Es así que, el diálogo entre enfermera y estudiante está sujeto al propósito e intención que busca (o no) influir en el otro/a, a los valores que cada uno/a considera importante traer en el diálogo y a los valores que predominan en los sistemas sanitarios y las fuerzas caóticas de la vida real. Tal como afirman Paterson y Zderad (1979):

*El diálogo de la enfermería, tal como se vive en la realidad, está sujeto a todas las fuerzas caóticas de la vida real. La enfermería ocurre en un mundo real de hombres y cosas en el tiempo y el espacio. En muchos casos es un mundo especial, el mundo del sistema del cuidado de la salud, que está inmerso en el mundo cotidiano. (Paterson & Zderad, 1979: 60-61)*

Este diálogo que se da en el mundo real de la enfermería y de la tutoría en ocasiones se presenta de manera conflictiva, emergen dilemas, coexiste la tensión entre los valores de cada uno/a como persona y los valores de la institución. La práctica enfermera (al igual que la pedagógica) sucede en una red compleja de relaciones interhumanas (como también intra e interdisciplinarias), caracterizadas por ser inciertas, inestables, indefinidas e indeterminadas. El reto está en examinar de manera consciente nuestro lenguaje y el carácter de las conversaciones con el otro/a, tanto en la relación pedagógica como en la relación terapéutica, si es convergente o divergente, por ejemplo. Y es a través de la examinación de nuestro lenguaje, tal como mencioné, como podemos empezar a cuestionar, cambiar y potenciar modos dialógicos o anti-dialógicos presentes en nuestra práctica enfermera y pedagógica.

#### **3.4.1 El *dejarse-decir-algo* al interior de la acción tutorial.**

Como mencioné en el capítulo anterior, el estudiante al comienzo de su práctica clínica se encuentra ante el dilema de ejecutar acciones clínicas sin comprender en su totalidad los significados de dichas acciones y la articulación de éstas con la situación clínica que se le presenta. El/la tutor/a, por su parte, se encuentra en el dilema de no poder decirle aquello que el/la estudiante necesita saber de manera que éste/a pueda en un primer momento captar los significados de la descripción y acción clínica de la enfermera/o. Schön (1992) plantea, que pese a que los tutores sean capaces de producir buenas descripciones, claras y explicativas, es probable que los/as estudiantes, con sus diferentes sistemas de comprensión, las encuentren confusas y misteriosas (p. 99). Y afirma que la comunicación entre estudiante y tutor/a en este primer momento de la práctica parece muy próxima a lo imposible. Es con el tiempo que tutor/a y estudiante comienzan a hablar entre ellos de manera sobreentendida, no obstante, resalta Schön, algunos estudiantes jamás se enteran de lo que el tutor estaba hablando y algunos tutores, por su parte, nunca consiguen comunicar-*se* con sus alumnos:

*Alumno y tutor pueden comenzar su proceso de metamorfosis a partir de un período inicial de confusión, misterio e incongruencia y avanzar hasta una fase posterior de convergencia de significado que los introduce en la primera vuelta del círculo de aprendizaje. (Schön, 1992: 152)*

En la obra de Schön (1992), el diálogo entre tutor/a y estudiante cobra importancia en la formación de profesionales, el cual se caracteriza por tres rasgos esenciales:

1. Tiene lugar en un contexto, es decir, en la práctica hospitalaria o comunitaria.
2. Utiliza igualmente acciones y palabras.
3. Depende de una reflexión en la acción recíproca.

*El diálogo que mantienen entre sí, tutor/a y estudiante, se da no sólo en forma de palabras sino también a través de la demostración. El/la tutor/a trata con problemas sustantivos de la práctica y puede demostrar alguna parte o algún aspecto de ésta que le parece que el/la estudiante necesita aprender, planteándolo en forma de modelo a imitar o bien puede ir describiendo algún rasgo de la acción por medio de preguntas, explicaciones, consejos o críticas (Schön, 1992).*

Por su parte, el estudiante trata de descifrar, construir y verificar los significados de aquello que ve y oye (las demostraciones y descripciones del tutor), introduce en la ejecución de sus propias acciones aquellos rasgos característicos que ha visto en la demostración y oído en las descripciones de la y del tutor/a y reflexiona sobre la experiencia de ejecutarlas a través de la *imitación reflexiva*, revelando así lo que ha sacado en limpio de lo que ha oído, visto y ejecutado (Schön, 1992). En este sentido, afirma Schön, el estudiante reflexiona en la acción:

*(...) Y, para hacer todo esto, el alumno adopta un determinado tipo de actitud; la de responsabilizarse por formarse a sí mismo, en aquello que necesita aprender y, al mismo tiempo, mantenerse dispuesto a recibir la ayuda del tutor. (Schön, 1992: 151)*

La reflexión en la acción llega a ser recíproca cuando en primer lugar, el tutor responde a la ejecución del estudiante con su consejo, crítica, explicaciones y descripciones, pero también con



más ejecuciones por su parte; en segundo lugar, *particulariza* sus demostraciones y descripciones, adaptadas a la actividad y progreso del estudiante, a sus dudas, dificultades o posibilidades en un determinado momento; en tercer lugar, las intervenciones del o de la tutor/a son experimentos 'in situ' que verifican, simultáneamente, su conocimiento en la acción, su grado de percepción acerca de las dificultades del alumno y la eficacia de sus intervenciones (Schön, 1992: 151):

*Cuando el diálogo funciona bien, adopta la forma de una reflexión en la acción recíproca. El alumno reflexiona acerca de lo que oye decir al tutor o lo que ve hacer, y reflexiona también sobre el conocimiento en la acción de su propia ejecución. Y el tutor, a su vez, se pregunta lo que este estudiante revela en cuanto a conocimientos, ignorancia o dificultades y piensa en las respuestas más apropiadas para ayudarlo mejor. (Schön, 1992: 150)*

El/la estudiante puede responder ante la crítica, consejo o explicaciones del o de la tutor/a descifrando los significados y traduciendo éstos en una nueva ejecución. De este modo, la enseñanza y aprendizaje clínico es un proceso dinámico, continuo e interactivo que progresa hacia un aumento de la capacidad del y de la estudiante para producir lo que él/ella y su tutor/a consideran una forma de cuidar competente. Un proceso que avanza hacia una convergencia de significado entre estudiante y tutor/a que se hace evidente en la facilidad con la que parecen comprenderse entre sí. Tutor/a y estudiante alcanzan esta especie de metamorfosis —los que lo logran<sup>55</sup>— mediante su mutua participación en un diálogo de palabras y acciones (Schön, 1992):

*Tanto para el tutor como para el alumno, la búsqueda eficaz de la convergencia de significados depende de aprender a llegar a ser competentes en la práctica del prácticum, lo que parece implicar un círculo vicioso de aprendizaje. El tutor debe aprender formas de mostrar y decir que se ajusten a las peculiares características del alumno que tiene ante él, aprender a leer cuáles son sus dificultades y capacidades a partir de los esfuerzos que lleva a cabo durante la ejecución de la tarea, y a descubrir y comprobar lo que saca en limpio de sus propias intervenciones como tutor. El estudiante debe aprender a escuchar de un modo operativo, a imitar reflexivamente, a*

---

<sup>55</sup> Schön (1992) hace referencia también a aquellas relaciones de la tutoría en las que se produce un fracaso en la comunicación generando una atadura para el aprendizaje, en el capítulo 6 titulado *Cómo pueden fracasar los procesos de enseñanza y aprendizaje* aborda esta cuestión.

*reflexionar sobre su propio conocimiento en la acción, y a interpretar los significados del tutor.* (Schön, 1992: 113-114)

Parafraseando a este autor, una buena comunicación entre estudiante y tutor/a se mide no por la habilidad del estudiante para hablar sobre el cuidado de enfermería, sino por su habilidad para ejecutar acciones de cuidado dialógicas, reflexivas, científicas y éticas.

### 3.5 La relación pedagógica como relación de cuidado

Como mencioné anteriormente considero importante que la acción pedagógica del enfermero/a y/o profesor/a en su relación con el estudiante esté orientada por aquellas cualidades de la enfermería y de la enseñanza (empatía, presencia, accesibilidad, diálogo, atención, confianza, ayuda, entre otras), de modo tal que el/la estudiante experimente la relación con el enfermero/a como una relación que cuida de él/ella, y que le ayuda a reconocer dichas cualidades en situaciones pedagógicas (a su vez situaciones de cuidado de enfermería) que suceden en el prácticum.

Giraldo (2013) afirma en el proyecto Ethos Buinaima<sup>56</sup> que *educando es como mejor se cuida*. Considero que cuando la relación entre enfermera/o y estudiante contiene las cualidades y rasgos que caracterizan la relación pedagógica, podría definirse como una relación de cuidado. ¿En qué consiste esta relación pedagógica para que se caracterice como de cuidado, acompañamiento o ayuda? Para responder a esta gran cuestión haré una breve reseña de la palabra cuidado, la cual viene del latín *cogitare*, que significa pensamiento:

*En la Edad Media cuidar significaba siempre pensar, juzgar. En los idiomas modernos el énfasis reflexivo se ha ido perdiendo y se ha acentuado, en cambio un sentido asistencial, protector, de ayuda y de colaboración. Etimológicamente cuidar es cogitar. En los orígenes históricos cuidar era una actividad de reflexión, crítica,*

---

<sup>56</sup> Proyecto que pretende la conformación de un nuevo ethos cultural en Colombia. «BUINAIMA el dios del conocimiento y la sabiduría de los Uitotos pero sobre todo EL EDUCADOR QUE CUIDA DE LA GENTE porque “es educando como mejor se cuida”...» Disponible en: <http://ethosbuinaima.blogspot.com/es/> o en: <http://www.ethosbuinaima.org/>

*implicaba necesariamente conocer, discernir, establecer el ser de algo, sin duda, para protegerlo, defenderlo y conservarlo.* (Botero, 2006: 15)

Para Heidegger (1998), citado por Peña (2006), el cuidado como estructura originaria del hombre se da existencialmente *a priori*:

*El cuidado en tanto totalidad estructural originaria del hombre, se da existencialmente a priori “antes”, es decir, desde siempre, en todo fáctico “comportamiento” y “situación” del hombre. Este fenómeno no expresa, pues, en modo alguno, una primacía del comportamiento práctico sobre el teórico. La determinación puramente contemplativa de algo que está-ahí no tiene menos el carácter del cuidado que una “acción política” o un distraerse recreativo. “Teoría” y “praxis” son posibilidades de ser de un ente [el hombre] cuyo ser debe ser definido como cuidado.* (Peña, 2006: 41)

Esta naturaleza ontológica del hombre como cuidado ha permitido a autores hablar de la práctica del cuidado de sí (Foucault, 2005; Lanz, 2012) como garantía del ejercicio de cuidar a otro/a y a lo otro —el mundo—. Un cuidar a otro/a y a lo otro que resulta fundamental para la *convivencia* del género humano, la preservación y la continuidad del mundo y su legado histórico; cabe decir entonces que, somos fruto del cuidado y del *no-cuidado* ejercido los unos *con/en* los otros a través de la historia (Rivera & Triana, 2007)<sup>57</sup>.

Tal como mencioné en la introducción del capítulo anterior, citando a Lanz (2002), el cuidado de sí es algo a lo que están obligados a pensar quienes quieren educar a los otros. Como práctica de la subjetividad, el cuidado de sí tiene que ver con la *formación (Bildung)* no para aprender algo exterior, un cuerpo de conocimiento o saber técnico-instrumental, sino para propiciar el ejercicio de la reflexión del educando y educador con respecto a sí mismo y el mundo. “Sólo puede enseñar quien se ha formado”, en palabras de Altarejos (1990), citado en Bárcena (1994).

---

<sup>57</sup> He sustituido los términos sobrevivencia del texto original por convivencia, descuido por no-cuidado y sobre por con/en, considero que la convivencia se acerca más al significado genuino del cuidado, que implica conservar, proteger, convivir. También hablo del no-cuidado, debido a que considero que existe tanto lo uno (*el cuidado*) como lo otro (*el no-cuidado*). Y he omitido la palabra *sobre*, en consideración a que ésta puede interpretarse como algo/alguien por encima del otro, que sería más propio de un estado de sobrevivencia y no de convivencia.

Una relación pedagógica que es a su vez una relación de cuidado es aquella que tiene como centro de su acción a la *persona*, en palabras de Aristimuño (2005), citado por Rodríguez (2012); que le proporciona al y a la estudiante la «seguridad» y estabilidad necesaria para poder experimentar el mundo y poder experimentar problemas y resolverlos (Van Manen, 1998). En la obra de este autor, el término «seguridad» se asocia con el de «cuidado», deriva del latín *secure*, que quiere decir «a salvo», libre de inquietud, de «preocupación».

También es una relación en cuya acción se aprecia un escrupuloso respeto de la autonomía del y de la estudiante (Torralba, 1998), que conoce, comprende y conecta con la experiencia de éste/ésta (Ironsides, Diekelmann, & Hirschmann, 2005a). Y esto porque la relación pedagógica se encuentra soportada en una relación de *confianza, reconocimiento recíproco y diálogo*; por tanto, la enfermera se *preocupa* y *acoge* al y a la estudiante como profesional y como persona (Noddings, 2009), plantea su hacer pedagógico en función de los intereses, preocupaciones y necesidades de éste/a:

*El diálogo es el medio por el cual nos enteramos de lo que el otro quiere y necesita, y es también el medio por el que controlamos las consecuencias de nuestros actos. Preguntamos «¿Qué te está pasando?» antes de actuar, mientras actuamos y después de actuar. Es nuestra forma de relacionarnos. (Noddings, 2009:49-50)*

Conuerdo con Noddings (2009) y Vázquez (2009) cuando afirman que la práctica del cuidado surge del reconocimiento de la vulnerabilidad del otro. A lo que añado que reconocer la vulnerabilidad del otro/a significa también *respeto* por lo que el otro/a es y no imposición de lo que debe ser. Se trata por tanto de una respuesta afectiva y pedagógica ante los intereses, preocupaciones, necesidades y la vulnerabilidad del estudiante. O en palabras de Torralba (1998), una vinculación empática con la vulnerabilidad del otro/a.

Por otro lado, una relación pedagógica que se orienta hacia el cuidado del y de la estudiante, es asimismo una relación en la que participan el afecto y las emociones en varias direcciones: en el vínculo afectivo con la materia objeto de estudio —explorando sus conexiones con otras

asignaturas—, en las vidas individuales del profesorado y del alumnado y en las cuestiones existenciales (Vázquez & Escámez, 2010), en la capacidad de aumentar la pasión y motivación por el aprendizaje, en la capacidad para aliviar los sentimientos (de confusión, pérdida de control o de confianza) que el/la estudiante pueda experimentar en su prácticum clínico:

*Conocer a través del uso de la razón no debe provocar que se ignore el papel que juegan los sentimientos y las emociones en el mismo proceso de aprendizaje y la interpretación de la realidad; por eso, es necesaria una educación que haga posible el equilibrio entre la razón, el afecto y las emociones. (Noddings, 1996)*

Un planteamiento similar es el de Torralba (1998), quien no limita la praxis educativa al aspecto racional del ser humano, sino que incluye el aspecto afectivo:

*La praxis educativa, (...) no debe limitarse al aspecto racional del ser humano, sino fundamentalmente al aspecto afectivo, pues el deseo de amar es la fuerza motriz del conocimiento. La educación logocéntrica o racionalista crea, desde esta perspectiva, analfabetos sentimentales, es decir, seres incapaces de expresar y de comunicar, verbalmente o gestualmente, su capacidad de amar. También crea indigentes afectivos, es decir, seres que sufren una notoria carencia afectiva por parte de sus educadores. (Torralba, 1998: 137-138)*

Torralba (1998) habla de la relación amor-contemplación en la praxis educativa, asistencial y la del cuidar, relación que requiere tres categorías fundamentales: a) la dualidad, es decir, existencia del o de la otro/a o lo otro, b) el deseo y c) el bien:

*Desear el bien de alguien es desear su desarrollo integral, su plena actualización en todos los planos y niveles de lo humano. Amar a alguien es respetar su alteridad, es respetar su individualidad y velar para que sea él mismo. El amor es, en este sentido, respeto a la alteridad, pero no sólo respeto, sino deseo de bien. Amar a alguien es, desde esta perspectiva, desear que sea él mismo, que realice su propia individualidad, que desarrolle su heterogeneidad en el mundo. (Torralba, 1998: 140)*

Torralba (1998) diferencia entre las relaciones de amor, contemplativas, y las de tipo instrumental, donde el otro/a se convierte en objeto de manipulación, en objeto para robarle la identidad, transformarlo en objeto para la devoción, placer, dominio o autoafirmación. Relación instrumental que no puede ser considerada como pedagógica.

Autores como Freire (1997b) o Van Manen (1998) plantean como condiciones fundamentales en la relación pedagógica el amor y el afecto, la esperanza y la confianza y la responsabilidad. Coincido con Van Manen cuando afirma que el amor pedagógico del y de la educador/a hacia los estudiantes se convierte en la condición previa para que exista la relación pedagógica. Al igual que Freire (1997b) creo que el amor es el fundamento del diálogo y del compromiso para con el otro/a y el mundo. No obstante, cabe resaltar que el sentido que estos autores asignan al amor pedagógico no es en el sentido romántico, ingenuo e idealista:

*(...) no hay diálogo, si no hay un profundo amor al mundo y a los hombres. No es posible la pronunciación del mundo, que es un acto de creación y recreación, si no existe amor que lo infunda. Siendo el amor fundamento del diálogo, es también diálogo. (...) El amor es un acto de valentía, nunca de temor; el amor es compromiso con los hombres. (Freire, 1997b: 106-107)*

La esperanza, en palabras de Van Manen (1998), se refiere a lo que nos proporciona la paciencia y la tolerancia, la creencia y la confianza en las posibilidades del joven; afirma que los jóvenes que sienten la confianza del y de la profesor/a se ven animados a confiar en sí mismos. Al respecto Freire (1997b) afirma que la esperanza es la que mueve al hombre en su permanente búsqueda, y asimismo es el fundamento del diálogo; la confianza es descrita por él como la fe en los hombres y esta última es a priori del diálogo.

Finalmente, la responsabilidad para Van Manen (1998) hace alusión a esa autorización que el/la estudiante concede al y a la profesor/a para ser moralmente sensible a los valores que aseguran su bienestar y su desarrollo hacia la autorresponsabilidad madura. La autoridad de el/la profesor/a que logra influir en el joven (o el educador revolucionario que plantea Freire, 1997b) se basa, no en el poder disciplinario, sino en el amor, el afecto y la autorización internalizada por parte del joven. El educador que es sensible a la vulnerabilidad o necesidad del y de la otro/a no le infantiliza (una mirada infantilizadora que a mi modo de ver mira desde la carencia, la no confianza y el no reconocimiento del y de la otro/a, y que conduce a que éste/a se

sienta subvalorado, empequeñecido y denigrado), al contrario experimenta la responsabilidad que tiene delante del joven, asume una consciencia crítica de las necesidades de éste y reconoce (y confía) que gradualmente el joven madurará, asumirá y practicará esta capacidad crítica.

---

**TERCERA PARTE**

---





## Capítulo 4. Diseño Metodológico

*Estudiar no es un acto de consumir ideas, sino de crearlas y recrearlas. (Freire P.)*

### 4.1 Introducción

Antes de presentar los rasgos del diseño de esta investigación hay que remarcar que éste no se ha configurado exclusivamente a priori (como puede ser habitual en la investigación experimental o cuasiexperimental) sino durante el desarrollo de toda la investigación y a medida que ésta avanzaba. Lo que no quiere decir que no hubiese un marco metodológico previo que orientase el desarrollo de la investigación, sino que el diseño de la misma mantuvo un carácter emergente y flexible, es decir, que estuvo abierto a ser modificado, expandido, profundizado, reconstruido y reformulado a la luz de los datos que se iban obteniendo durante el transcurso de la investigación. Sin embargo, mi enfoque metodológico inicial, y mis primeras y vagas intuiciones respecto a lo que sería la investigación, no se encontraban muy alejadas de lo que realmente sucedió en el trabajo de campo, por tanto reescribir este capítulo ha significado para mí, nutrirlo y profundizarlo aún más con las reflexiones propias fruto de la experiencia que la presente investigación me ha concedido.

Plantear el diseño metodológico de un estudio implica indagar-*se* por el fenómeno social de interés y su naturaleza, los tránsitos que llevan a la decisión de investigar y la relación personal y/o profesional (o relación de *pertenencia*) con el tema elegido. Esta idea de pertenencia la planteo en dos sentidos, en primer lugar con el tema elegido, la formación en enfermería en los espacios clínicos; y en segundo lugar con mi pertenencia a la tradición enfermera (e incluso a la tradición educativa); aspectos que han sido estructurales para el desarrollo y flexibilidad de la

tesis doctoral. Cabe decir que el punto de partida han sido mis propias inquietudes y reflexiones sobre mi práctica como docente de enfermería, a partir de ahí se han formulado las preguntas de investigación que han constituido el horizonte de la investigación y el marco metodológico que ha guiado el foco de indagación. Preguntas de investigación que estuvieron sujetas a cambios y reajustes en el transcurrir del proceso; focos de indagación que estuvieron abiertos a nuevos enfoques, planteamientos, conceptos e interpretaciones (Ruiz & Ispizua, 1989).

Como he mencionado anteriormente, se trata de una investigación educativa sobre la experiencia de formación del y de la estudiante de enfermería en su práctica clínica. Dicha práctica se caracteriza por la *interacción* del y de la estudiante con el contexto hospitalario, en un tiempo y lugar dado, y que tiene como propósito acercar al o a la estudiante a la práctica real de la enfermería con todas sus tensiones, incertidumbre y perplejidad; y como práctica humana que es, está caracterizada por su naturaleza heterogénea, interpretativa, holística, dinámica y simbólica, en palabras de Giddens (1979), citado por Medina (2005a). Por tanto, la práctica clínica del y de la estudiante no puede ser inteligible y abarcada por explicaciones causales como las utilizadas en las ciencias naturales o físicas, sino que sólo puede comprenderse a la luz de la mutua y continua interacción de quienes la protagonizan en virtud de las descripciones e interpretaciones de cada participante en el *aquí-y-ahora*, que representan una lámina fotográfica de la vida de un proceso dinámico que, en el próximo instante, podría presentar un aspecto muy diferente (Guba & Lincoln, 1989: 98).

Por tal motivo, he sustentado la presente investigación educativa desde una perspectiva epistemológica constructivista (Latorre et al., 2003), articulada en el paradigma naturalista, hermenéutico o paradigma interpretativo (Guba & Lincoln, 1989: 83). La perspectiva teórica que pretendo seguir es la interpretativa, ésta no acepta la idea de que los métodos de indagación de las ciencias sociales o humanas (*Geisteswissenschaften*) deban ser idénticos a los de las ciencias naturales o físicas (*Naturwissenschaften*) (Sandín, 2003). La preocupación de las ciencias

humanas es la experiencia humana (“*idios*”) caracterizada por la *Geist*<sup>58</sup>, la singularidad, las interacciones y los *significados construidos*, que son expresiones de la forma en la que los seres humanos existimos e interactuamos en el mundo (Van Manen, 2003: 21-22), por lo tanto es considerada *idiográfica*. Su objetivo es profundizar en el fenómeno y no necesariamente generalizar (Bonilla & Rodríguez, 1997: 54), a diferencia de las ciencias naturales que buscan la generalización de leyes (*nomotética*) y que estudia los objetos de la naturaleza, las cosas, los acontecimientos naturales y el modo en que se comportan los objetos (Van Manen, 2003: 21).

Por tanto, la perspectiva teórica en la que como investigadora me he situado es la interpretativa, en concreto seguiré los lineamientos de la tradición fenomenológico-hermenéutica. Fenomenológica en razón a la preocupación por la experiencia del y de la estudiante de enfermería en su práctica clínica tal como ésta acontece y la experimenta en un plano prerreflexivo, sin clasificarla ni resumirla (Van Manen, 2003: 27). Hermenéutica en la interpretación de los significados que, en cierto sentido, están implícitos en las acciones y experiencia clínica del y de la estudiante de enfermería. Para ello, seguiré las aportaciones de la hermenéutica de Gadamer (2007), quien la considera justamente como un arte y no un procedimiento mecánico (p. 245).

## 4.2 Fundamentación ontoepistemológica del estudio

La fundamentación ontoepistemológica en la que se soporta y vertebra el estudio alude a las siguientes cuestiones: a) los aspectos del ser y la naturaleza de la realidad que se desea interpretar y comprender (Guba & Lincoln, 1989); b) la indagación fenomenológica hermenéutica de los significados: aportaciones epistemológicas desde la hermenéutica gadameriana; c) las relaciones entre conocedor y conocido (o cognoscible) (Guba & Lincoln,

---

<sup>58</sup> Para Dilthey (1976), citado en Van Manen (2003), la *Geist* es la psique, la mente, los pensamientos, la conciencia, los valores, los sentimientos, las emociones, las acciones y los objetivos (p. 21).

1989); d) las características del conocimiento que obtendremos en un estudio (Sandín, 2003); e) y algunos supuestos metodológicos que se refieren a la mejor forma de acceder a esa realidad (Medina, 1996, 2005a).

#### **4.2.1 Aspectos del ser y la naturaleza de la realidad social.**

Mi propósito es *profundizar*<sup>59</sup> en la *relación pedagógica* entre estudiante y enfermero/a, en la *formación* del y de la estudiante de enfermería en su práctica clínica en dimensiones como: la construcción del razonamiento y habilidades clínicas, la construcción de significados alrededor del acto de cuidar y la reflexión sobre sí como aprendiz, y en la *integración* de estas dimensiones en los momentos de cuidado a la persona hospitalizada; por tanto no pretendo identificar y describir relaciones de *causalidad* o de similitudes superficiales (en términos mecánicos causa-efecto) entre relación pedagógica, formación e integración en el cuidado de enfermería. Debido a que sostengo que la práctica clínica del y de la estudiante de enfermería se encuentra entrelazada, por un lado, con su propia subjetividad y la subjetividad de otros actores con los que interactúa en el escenario práctico, y por otro lado, con dimensiones objetivas como la organización de la planta de hospitalización, la institución hospitalaria, la institución universitaria, la cultura enfermera, entre otras.

Planteo lo anterior debido a que coincido con Van Manen (2003) y Bonilla & Rodríguez (1997) en que la realidad social (entiéndase aquí, la práctica clínica del y de la estudiante) como proceso y producto humano está constituida por dimensiones objetivas —inherentes a la institucionalización, la legalidad y la conservación de un orden histórico modificable— y dimensiones subjetivas —relacionadas con la forma en que la persona conoce e interpreta la realidad que construye— (Bonilla & Rodríguez, 1997: 27). Una realidad social objetiva que a la

---

<sup>59</sup> Profundizar significa ir más allá, a lo más profundo, traspasar la superficialidad, ir hacia la diversidad que hay en el fondo, como quien se sumerge en el ancho y ‘horizónico’ mar.

vez posee la suficiente autonomía como para determinar el *carácter*<sup>60</sup> de la formación del y de la estudiante de enfermería (Van Manen, 2003).

Desde el punto de vista ontológico, estoy hablando de una *ontología relativista*, es decir, realidades múltiples, socialmente *construidas* (práctica pedagógica, práctica clínica) no gobernadas por las leyes deterministas o causales, donde las construcciones son elaboradas por los individuos. Construcciones con las que ellos *significan*, interpretan e intentan dar sentido a sus experiencias, y cuya característica fundamental es la *interacción*. Una ontología opuesta a la *realista*, que busca descubrir cómo los objetos de la naturaleza se comportan determinados por ciertas leyes naturales —*determinismo*—, cuyo fin es la predicción y el control (Guba & Lincoln, 1989); es el caso de la investigación conductista y sociológica positivista, donde las conductas y hechos sociales desencadenan otras conductas y hechos sociales, soportadas éstas en las leyes de la uniformidad y de la causalidad provenientes de las ciencias naturales (en términos mecánicos, o químicos, o biológicos).

Desde la perspectiva interpretativa, la naturaleza de la causalidad en la vida social, se inscribe la interpretación de significados que el sujeto asigna a lo que acontece en su medio, y a partir de ahí, actúa:

*Los seres humanos, según la perspectiva interpretativa, crean interpretaciones significativas de los objetos físicos y conductuales que los rodean en su medio. Actuamos con respecto a los objetos que nos rodean a la luz de nuestras interpretaciones de su significación. Estas interpretaciones, una vez efectuadas, se toman como reales: como cualidades efectivas de los objetos que percibimos. (Erickson, 1989: 213)*

---

<sup>60</sup> Por carácter de la formación estoy planteando si dicha formación es de carácter crítico, técnico, reflexivo, humanista, entre otros. Para Freire (1997b) por ejemplo la educación problematizadora es de carácter auténticamente reflexivo, implica un acto permanente de desvelamiento de la realidad y busca la emersión de las conciencias, de la que resulta su inserción crítica en la realidad (p.92). El énfasis que pretendo hacer en el *carácter* de la formación está en línea con los planteamientos de Sennett (2003), para quien el carácter significa la comunicación de una persona con otras por medio de "instrumentos sociales" compartidos (leyes, rituales, medios de comunicación, discursos, valores y creencias propios de la cultura enfermera y académica en la que se desarrolla la práctica clínica del estudiante).

Es decir, que en una situación clínico-pedagógica determinada no se puede asumir que las conductas de dos personas —estudiantes o enfermeras/os— tengan el mismo significado para las dos, aunque sean actos físicos de características similares. Tal como afirma Erickson:

*(...) una distinción analítica crucial para la investigación interpretativa es la distinción entre conducta, o sea, el acto físico, y acción, que es la conducta física más las interpretaciones de significado del actor y de aquellos con quienes éste interactúa. (...) El objeto de la investigación social interpretativa es la acción, y no la conducta. Esto se debe a las suposiciones efectuadas acerca de la naturaleza de la causa en la vida social. Si las personas actúan basándose en su interpretación de las acciones de otros, entonces la interpretación de significado, en sí misma, es causal para los seres humanos. (Erickson, 1989: 213-214)*

Esta realidad me invita como investigadora a descubrir en la conducta el significado que los hechos tienen para quienes los experimentan (Eisner, 1998:95), a comprender una acción percibida «desde dentro», desde el punto de vista de la intención que la anima, es decir, en aquello que la hace propiamente humana. Por tanto, mi intención no es observar conductas del estudiante, sino indagar en su acción, es decir, en los *significados* que va *construyendo* en el interior de su acción clínica, al *entrar en relación con* el/la enfermero/a tutor/a, el cuidado a otro/a y el mundo de la enfermería.

Lo anterior me lleva a no dejar de lado el contexto en el que sucede la práctica clínica del y de la estudiante, debido a que comprendo que las perspectivas (convergencias o divergencias) de significado de los participantes (estudiante y enfermera/o tutor/a) están relacionadas con el contexto en el que éstos desarrollan su acción social (una práctica de tutoría clínica inserta en la dinámica organizacional de una unidad de hospitalización ‘x’, por ejemplo). Para Erickson (1989), la organización social (y los significados que la sostienen y que son producidos por ella) tiene un carácter tanto local como extra-local. En el caso del prácticum clínico, su carácter local se da en dos sentidos:

1. La interacción entre individuos de manera intermitente a través del tiempo, comparten ciertas concepciones y tradiciones locales específicas: una *microcultura* distintiva (Erickson, 1989). En la práctica de tutoría clínica entre estudiante y enfermera/o tutor/a se comparten concepciones, valores y tradiciones locales específicas de la práctica enfermera que se desarrolla en la microcultura de cada unidad de hospitalización. Por ejemplo, la microcultura en una planta de hospitalización respecto a la formación del y de la estudiante de enfermería puede diferir en algunos aspectos de otra planta de hospitalización —ya sea en la dinámica organizacional, laboral, o el ambiente de aprendizaje que pueda estar presente o no—, estas sutiles diferencias pueden tener una enorme influencia sobre los *significados-en-acción* locales (Erickson, 1989) que el/la estudiante y enfermero/a van construyendo y compartiendo en el prácticum clínico.
2. El carácter local de la ejecución momento-a-momento de la acción social, sucede en el tiempo real, es decir, el mundo de la experiencia vivida, el mundo-de-vida (*Lebenswelt*) (Erickson, 1989). Por ejemplo, en la enseñanza y realización de un procedimiento clínico en una habitación, estudiante, enfermera/o y paciente entran en un delicado equilibrio interaccional. Experimentan el momento presente de la ejecución clínica, cada uno tendrá un particular punto de vista dentro de la acción, algunas de estas perspectivas individuales pasarán luego a ser compartidas de manera intersubjetiva, así, cada uno se va aproximando (convergiendo) a la perspectiva del otro, produciéndose una relativa correspondencia entre los distintos puntos de vista individuales, aunque éstos no son idénticos, llegando a adquirir *significados-en-acción* locales y distintivos.

Estos *significados-en-acción* locales a su vez se encuentran insertos y en *interacción* dinámica en una amplia red o dimensión extra local de la organización social. Por ejemplo, el prácticum clínico (microcultura) está inserto en la cultura enfermera, cuyas pautas, valores y creencias



compartidas marcan aquello que percibimos o creemos como esencial para el cuidado de enfermería, también se encuentra inserto en una estructura social como la institución hospitalaria y la institución universitaria, que revela las relaciones, intereses, tensiones y lógicas organizacionales.

En síntesis, en la interacción entre estudiante y enfermera/o se sucede un intercambio recíproco de acciones fenomenológicamente significativas que son *atravesadas* por las dimensiones locales y extra-locales del prácticum clínico. Mi intención no es quedarme en el nivel visible de la conducta humana, sino indagar en los significados de dicha conducta, y por ende, hacer una descripción fenomenológica de la interacción del y de la estudiante con la realidad hospitalaria, la construcción del razonamiento clínico, de significados respecto al acto de cuidar y la integración de dichas dimensiones en la acción clínica del y de la estudiante. Acción clínica que como mencioné anteriormente se encuentra *atravesada* por aspectos de la organización social de carácter local y extra-local.

#### **4.2.2 Aportaciones epistemológicas desde la hermenéutica gadameriana.**

La perspectiva teórica más adecuada para acceder a la dimensión de los significados que enfermera/o y estudiante elaboran alrededor de la relación pedagógica y las situaciones clínicas (a su vez pedagógicas) es la fenomenológico-hermenéutica. Seguiré las principales contribuciones de la hermenéutica gadameriana en la presente investigación educativa, la cual no es una metodología ni un instrumento, sino una *filosofía de la comprensión*:

- a) En su refutación a la *autoenajenación* propia del metodologismo y al *distanciamiento alienante*, presuposición ontológica que asegura la objetividad en el positivismo que rompe con la *relación de pertenencia a una tradición*, lazo que nos vincula a la realidad pedagógica a comprender:

*(...) comprender significa primariamente entenderse en la cosa, y sólo secundariamente destacar y comprender la opinión del otro como tal. Por eso la primera de todas las condiciones hermenéuticas es la pre-comprensión que surge del tener que ver con el mismo asunto. (Gadamer, 2007: 364)*

Un tener que ver con el mismo asunto cuyo lugar está dado con anterioridad y en la que se experimenta cierta polaridad entre familiaridad y extrañeza con el lenguaje de la tradición. En el caso de la tradición enfermera su lenguaje va más allá del lenguaje técnico e instrumental, en ella hay un lenguaje inefable, un lenguaje propio de la condición humana en situaciones de cuidado, cuyo texto narra sobre lo estético, lo ético, lo sociocultural y lo personal que se vivencia al cuidar a otro/a y/o ser cuidado por otro/a:

*(...) el hombre comprensivo no sabe ni juzga desde una situación externa y no afectada, sino desde una pertenencia específica que le une con el otro, de manera que es afectado con él y piensa con él. (Gadamer, 2007: 395)*

De ahí que considere importante como investigadora que pertenezca a la tradición enfermera y a la tradición educativa, al texto que se narra en ellas y al que narro de éstas en mediación con mi propia realidad histórica, con mi propia práctica pedagógica. Aquí radica esa condición hermenéutica que Gadamer (2007) expone, la pre-comprensión. La aplicación a mi propia práctica pedagógica e investigadora de aquello que me interpela de la práctica pedagógica observada, porque de acuerdo con Gadamer, **la comprensión comienza allí donde algo nos interpela.**

- b) En la noción de **tradición** como autoridad de lo transmitido, como aquello que determina mudamente nuestra acción y comportamiento, y como *conservación* (para este autor la tradición es conservación, como lo «clásico»):

*(...) lo clásico es lo que se conserva porque se significa e interpreta a sí mismo; es decir, aquello que es por sí mismo tan elocuente que no constituye una proposición sobre algo desaparecido, un mero testimonio de algo que requiere todavía interpretación, sino que dice algo a cada presente como si se lo dijera a él particularmente. (...) El comprender debe pensarse menos como una acción de la*

*subjetividad que como un desplazarse uno mismo hacia un acontecer de la tradición, en el que el pasado y el presente se hallan en continua mediación. (Gadamer, 2007: 359-360)*

- c) En la idea de la interpenetración del movimiento de la tradición y del movimiento del intérprete en un *círculo hermenéutico* del comprender. Gadamer (2007), siguiendo a Heidegger, plantea que el movimiento de la comprensión va constantemente al todo desde lo individual y a lo individual desde el todo en círculos concéntricos, que siempre se están ampliando. Esta estructura circular de la comprensión se encuentra determinada continuamente por el movimiento anticipatorio de la pre-comprensión:

*El círculo del todo y las partes no se anula en la comprensión total, sino que alcanza en ella su realización más auténtica. El círculo no es, pues, de naturaleza formal; no es subjetivo ni objetivo, sino que describe la comprensión como la interpenetración del movimiento de la tradición y del movimiento del intérprete. La anticipación de sentido que guía nuestra comprensión de un texto no es un acto de la subjetividad sino que se determina desde la comunidad que nos une con la tradición. (Gadamer, 2007: 363)*

- d) En la idea de salir del círculo de las propias posiciones preconcebidas y dejarse decir algo:

*Cuando se oye a alguien o cuando se emprende una lectura no es que haya que olvidar todas las opiniones previas sobre su contenido, o todas las posiciones propias. Lo que se exige es estar abierto a la opinión del otro o a la del texto. Pero esta apertura implica siempre que se pone la opinión del otro en alguna clase de relación con el conjunto de las opiniones propias, o que uno se pone en cierta relación con las del otro. (...) El que quiere comprender no puede entregarse desde el principio al azar de sus propias opiniones previas e ignorar lo más obstinada y consecuentemente posible la opinión del texto (...) El que quiere comprender un texto tiene que estar en principio dispuesto a dejarse decir algo por él. (Gadamer, 2007: 335)*

- e) En la idea de distinguir los prejuicios *verdaderos* bajo los cuales *comprendemos*, de los prejuicios *falsos* que producen los *malentendidos*. Gadamer (2007) hace una rehabilitación del concepto prejuicio y reconoce que existen prejuicios legítimos (como condición de la comprensión):

*En realidad no es la historia la que nos pertenece, sino que somos nosotros los que pertenecemos a ella. Mucho antes de que nosotros nos comprendamos a nosotros*

*mismos en la reflexión, nos estamos comprendiendo ya de una manera autoevidente en la familia, la sociedad y el estado en que vivimos. La lente de la subjetividad es un espejo deformante. La autorreflexión del individuo no es más que una chispa en la corriente cerrada de la vida histórica. Por eso los prejuicios de un individuo son, mucho más que sus juicios, la realidad histórica de su ser. (Gadamer, 2007: 344)*

Tal como he mencionado, la comprensión comienza allí donde algo nos interpela, y su exigencia es:

*(...) poner en suspenso por completo los propios prejuicios. Sin embargo, la suspensión de todo juicio, y, a fortiori, la de todo prejuicio, tiene la estructura lógica de la pregunta. La esencia de la pregunta es el abrir y mantener abiertas posibilidades. Cuando un prejuicio se hace cuestionable, en base a lo que nos dice otro o un texto, esto no quiere decir que se lo deje simplemente de lado y que el otro o lo otro venga a sustituirlo inmediatamente en su validez. (Gadamer, 2007: 369)*

- f) En el postulado de que nos encontramos insertos en *situaciones* hermenéuticas a las que nos desplazamos con toda nuestra corriente vivencial, es decir, con nuestro horizonte histórico:

*El concepto de la situación se caracteriza porque uno no se encuentra frente a ella y por lo tanto no puede tener un saber objetivo de ella. Se está en ella, uno se encuentra siempre en una situación cuya iluminación es una tarea a la que nunca se puede dar cumplimiento por entero. Y esto vale también para la situación hermenéutica, esto es, para la situación en la que nos encontramos frente a la tradición que queremos comprender. Tampoco se puede llevar a cabo por completo la iluminación de esta situación, (...) pero esta inacababilidad no es defecto de la reflexión sino que está en la esencia misma del ser histórico que somos. Ser histórico quiere decir no agotarse nunca en el saberse.” (Gadamer, 2007: 372)*

Para Gadamer (2007), al concepto de la situación le pertenece esencialmente el concepto del *horizonte*:

*El horizonte es más bien algo en lo que hacemos nuestro camino y que hace el camino con nosotros. El horizonte se desplaza al paso de quien se mueve. También el horizonte del pasado, del que vive toda humanidad y que está ahí bajo la forma de la tradición, se encuentra en un perpetuo movimiento. (Gadamer, 2007: 375)*

- g) En la idea de que el verdadero proceso de la experiencia es esencialmente negativo:

*Cuando hacemos una experiencia con un objeto eso quiere decir que hasta ahora no habíamos visto correctamente las cosas y que es ahora cuando por fin nos damos cuenta de cómo son. La negatividad de la experiencia posee en consecuencia un particular sentido productivo. No es simplemente un engaño que se vuelve visible y en consecuencia una corrección, sino que lo que se adquiere es un saber abarcante. (Gadamer, 2007: 428-429)*

Para Gadamer (2007), la experiencia no puede agotarse en un saber concluyente, la verdad de la experiencia, contiene siempre la apertura a nuevas experiencias. “*La verdadera experiencia es así experiencia de la propia historicidad*” (p. 434):

*(...) lo que la experiencia es en su conjunto, es algo que no puede ser ahorrado a nadie. En este sentido la experiencia presupone necesariamente que se defrauden muchas expectativas, pues sólo se adquiere a través de decepciones. Entender que la experiencia es, sobre todo, dolorosa y desagradable no es tampoco una manera de cargar las tintas, sino que se justifican bastante inmediatamente si se atiende a su esencia. (...) El ser histórico del hombre contiene así como momento esencial una negatividad fundamental que aparecen esta referencia esencial de experiencia y buen juicio. (Gadamer, 2007: 432)*

- h) En la idea de que el lenguaje de la *tradición* se nos presenta como *experiencia del tú*, que se comporta respecto a uno, y la comprensión no significa comprender al tú sino la verdad que nos dice. Esa clase de verdad que sólo se hace visible a través del tú, y sólo en virtud del hecho de que uno se deje decir algo por él. Gadamer (2007) amplía y diferencia la estructura de la experiencia cuando es experiencia del tú (distante y cosificadora) y cuando es experiencia del tú (como experiencia hermenéutica) en tanto que en ella hay una dialéctica de reconocimiento recíproco. En el primer caso, la experiencia del tú se corresponde al “conocimiento de gentes”, que busca la previsión sobre el otro. En el segundo caso, en la experiencia del tú como experiencia hermenéutica, el *diálogo* posibilita esclarecer la estructura de nuestra comprensión, para crear la comprensión mutua en los procesos sociales, y posibilitar la fusión y expansión de nuestros horizontes de significado:

*(...) experimentar al tú realmente como un tú, esto es, no pasar por alto su pretensión y dejarse hablar por él. Para esto es necesario estar abierto. Sin embargo, en último*

*extremo esta apertura sólo se da para aquel por quien uno quiere dejarse hablar, o mejor dicho, el que se hace decir algo está fundamentalmente abierto. Si no existe esta mutua apertura tampoco hay verdadero vínculo humano. Pertenecerse unos a otros quiere decir siempre al mismo tiempo oírse unos a otros. Cuando dos se comprenden, esto no quiere decir que el uno «comprenda» al otro, esto es, que lo abarque. E igualmente «escuchar al otro» no significa simplemente realizar a ciegas lo que quiera el otro. Al que es así se le llama sumiso. La apertura hacia el otro implica, pues, el reconocimiento de que debo dejar valer en mí algo contra mí, aunque no haya ningún otro que lo vaya a hacer valer contra mí. (Gadamer, 2007: 438)*

#### **4.2.3 Actitud reflexiva asumida en la investigación: Movimiento del preguntar-pensante.**

Esa idea que Gadamer (2007) recoge en la *pertenencia a una tradición*, la cual, nos penetra y determina mudamente y nos interpela, ha sido central en la elección del tema y en el planteamiento de las preguntas de investigación, las cuales están en íntima relación con ese sentirme *interpelada* por mi propia práctica como tutora de la práctica clínica de los/as estudiantes. Lo que indudablemente implica que como investigadora en formación no soy tábula rasa, es decir, me acerco al fenómeno de estudio con mis ideas preconcebidas, pre-juicios, valores, marcos teóricos y disciplinares, conocimientos prácticos, aspectos socioculturales y ético-políticos. Pretender ignorar mis propios valores como enfermera (o prejuicios, ideas preconcebidas, entre otros) y los valores de los participantes contradiría la epistemología constructivista, que afirma la imposibilidad de separar al investigador de lo investigado y de ignorar los valores (Guba & Lincoln, 1989: 88).

Precisamente la interacción entre los participantes —estudiantes de enfermería— y yo —investigadora— en *situaciones* hermenéuticas que acontecen en la práctica clínica del y de la estudiante nos desplaza a cada uno/a con toda nuestra corriente vivencial, mochila experiencial, nuestro horizonte histórico. Pretendo como investigadora desplazarme a la experiencia de formación clínica del y de la estudiante en diálogo con la tradición enfermera sin perder de vista la propia historicidad —como enfermera y profesora—, lo que posibilitará la comprensión, pues ésta se da siempre en el proceso de fusión de horizontes. Y para Gadamer (2007), desplazarse en

esta fusión de horizontes implica que uno/a se desplaza a la situación del otro o a una situación cualquiera:

*¿Qué significa este desplazarse? Evidentemente no algo tan sencillo como «apartar la mirada de sí mismo». Por supuesto que también esto es necesario en cuanto que se intenta dirigir la mirada realmente a una situación distinta. Pero uno tiene que traerse a sí mismo hasta esta otra situación. Sólo así se satisface el sentido del «desplazarse». Si uno se desplaza, por ejemplo, a la situación de otro hombre, uno le comprenderá, esto es, se hará consciente de su alteridad, de su individualidad irreductible, precisamente porque es uno el que se desplaza a su situación. (...) Este desplazarse no es ni empatía de una individualidad en la otra, ni sumisión del otro bajo los propios patrones; por el contrario, significa siempre un ascenso hacia una generalidad superior, que rebasa tanto la particularidad propia como la del otro. (Gadamer, 2007: 375)*

Esta idea que plantea Gadamer (2007) de «traerse a sí mismo a la situación del otro» la considero importante para el presente estudio en varios sentidos. Primero por la idea de poner a prueba constantemente mis propios prejuicios. Poner en entredicho su validez no es lo mismo que negarlos, como quien se asegura en su falta de prejuicios porque se apoya en la objetividad de su procedimiento metodológico, ni tampoco adoptar una actitud de autocontrol rigidizante delante de los propios prejuicios que bloquee el pensamiento y la intuición. Poner en entredicho la validez de los propios prejuicios implica prestar oído fino y *atención de sí* para captarlos o *estimularlos* para que se hagan visibles y hacerlos cuestionables. Para Gadamer este «estimular un prejuicio» procede del encuentro con la tradición, en aquello que nos interpela, que nos resuena, pues mientras un prejuicio nos está determinando, ni lo conocemos ni lo pensamos como juicio. Gadamer se pregunta ¿Estar inmerso en tradiciones significa real y primariamente estar sometido a prejuicios y limitado en la propia libertad? ¿No es cierto más bien que toda existencia humana, aún la más libre, está limitada y condicionada de muchas maneras? De ahí su planteamiento de distinguir los prejuicios *verdaderos* bajo los cuales *comprendemos*, de los *falsos* que producen los *malentendidos* o de los *no percibidos* que con su dominio nos vuelven sordos hacia lo que nos habla la tradición (p. 336).

En un segundo sentido, esta idea de «traerse a sí mismo a la situación del otro», la interpreto como un desplazarse a la situación del otro/a en una actitud de presencia y de apertura; *presencia* que está en línea con el estar-ahí que plantea Heidegger, en cuanto que significa «poder ser» y «posibilidad»; y *apertura* para dejar-me decir algo por el otro/a, por el/la estudiante, por la relación pedagógica entre estudiante y enfermera/o. Esta apertura implica que sitúo la opinión del otro en relación con el conjunto de opiniones propias, por tanto no puedo entregarme desde el principio al azar de mis propias opiniones previas e ignorar la opinión del otro/a. Esta actitud de presencia y apertura concuerda con el planteamiento de Gadamer:

*(...) no presupone ni «neutralidad» frente a las cosas ni tampoco autocancelación, sino que incluye una matizada incorporación de las propias opiniones previas y prejuicios. Lo que importa es hacerse cargo de las propias anticipaciones, con el fin de que el texto mismo [la práctica clínica del estudiante] pueda presentarse en su alteridad y obtenga así la posibilidad de confrontar su verdad objetiva con las propias opiniones previas. (Gadamer, 2007: 335-336)*

Por tanto, la idea de desplazarse que indica Gadamer (2007) no es empatía ni sumisión, sino un ascenso hacia una generalidad superior, como resultado de confrontar sujeto y objeto, que no pretende sesgarse al buscar la verdad absoluta y denominarla “verdadera”, sino que procurará ser simplemente más informada, sofisticada, consensuada y formada mutua y simultáneamente (Guba & Lincoln, 1989: 86).

Estar abierta a dejarme-decir-algo por el otro/a (ya sea el/la estudiante o la relación pedagógica entre estudiante y enfermera/o) es también experiencia del tú (como experiencia hermenéutica) en tanto que en ella hay una dialéctica de *reconocimiento recíproco*, y en tanto que existe una pertenencia específica que me une con el otro/a, y que me invita a tomarme el tiempo suficiente para «escuchar» y «observar» atentamente al otro/a, sin pasar por alto su pretensión, la tensión propia que habita en las relaciones educativas y la ambigüedad e inestabilidad del mundo clínico. Gadamer (2007) aquí se aleja de la teoría de la comprensión de Wilhelm Dilthey, en la cual lo importante era la comprensión del otro, esa idea de comprender al



autor más de lo que se comprendió él mismo, en donde trasladaba la comprensión hacia la captación de una vida psicológica ajena que permanecía detrás de un texto. En la hermenéutica de Gadamer, la comprensión no está dirigida a captar, en primer lugar, el habla que está detrás del texto (detrás de la acción pedagógica), sino aquello de lo cual se habla, la cosa del texto, la verdad que nos dice, aquello que se hace visible en la acción pedagógica, en la acción clínica del estudiante.

Finalmente, otro sentido que adquiere la idea de «traerse a sí mismo a la situación del otro» está en concordancia con Eisner (1998), quien reconoce al investigador en su propio “yo como instrumento”, resaltando que las cuestiones de significado dependen en gran medida de las estructuras teóricas, conceptuales, metodológicas o las marcas de referencia (como por ejemplo, la propia sensibilidad, percepción, intuición e historicidad) que ejercen influencia sobre la situación educativa observada. “La manera en la cual vemos y reaccionamos frente a una situación, y cómo interpretamos lo que vemos, llevarán nuestra propia firma” (p. 93).

A partir de lo anterior cabe analizar aquellas estructuras teóricas, conceptuales y metodológicas propias que posibilitan o no dar respuesta a las preguntas de la presente investigación educativa. Es necesario dejar abiertas dichas estructuras —teóricas, conceptuales y metodológicas— para ser interrogadas, reconstruidas, reelaboradas o abiertas a nuevas estructuras; interrogar (suspender) la validez y pertinencia de dichas estructuras no es lo mismo que desembarazarme de éstas. Para Medina (2005a) en el momento en que tratamos de captar una estructura o sistema implícito en los hechos, lo hacemos a partir de un *background* (expectativas, métodos de análisis o concepciones epistemológicas) del que no podemos desembarazarnos porque nos constituye y hace que percibamos los hechos y fenómenos de una forma y no de otra.

Dicha suspensión, o *epoché*, la comprendo, por otro lado, como el arte de cuestionar las propias certezas y creencias (Larrosa, 2010; Osorio, 1999), cuestionar aquello que antes era

considerado cierto y evidente (Osorio, 1999), de *percatarme de mí*, cuestionando la propia conciencia e historicidad y los patrones de investigar la realidad educativa. Este percatarme contiene ese aspecto esencial de la negatividad de la experiencia que plantea Gadamer (2007). Aspecto que me sitúa como observadora, en un continuo *preguntar-pensante* (Heidegger, 1958) de la experiencia clínica del y de la estudiante en interacción con la realidad clínico-educativa, con el fin de extraer un sentido de lo significativo, de lo relevante teórico y conceptual que responda a las preguntas de investigación.

Para Heidegger (1958) el «preguntar pensante» es en sí movimiento, lo interpreto como un estado de actitud reflexiva. La *epoché* aplicada a la propia conciencia, o lo que Osorio (1999) afirmaría como poner entre paréntesis al mundo y a nosotros mismos como sujetos. Esta actitud reflexiva considero que emerge del preguntar-pensando por lo que pasa, lo que me pasa y aquello que hago con lo que me pasa (aquello que reinvento), en un diálogo continuo y recursivo de dentro hacia fuera (hacia la realidad educativa). Este movimiento del preguntar pensante, del seguir-estando-en-camino, es lo que permite que el camino de la investigación vaya emergiendo, prestando atención a cada paso.

#### **4.2.4 Círculo hermenéutico de la comprensión: interpenetración del movimiento de la tradición y del movimiento del intérprete.**

Dar respuesta a la pregunta ¿cómo dar cuenta de (interpretar/comprender) lo que la acción clínica del y de la estudiante significa? indudablemente me lleva a autores como Ricoeur (1999) y Gadamer (2007). Quienes en su tentativa de superar el dualismo entre explicación y comprensión, apuntan hacia la necesidad de complementariedad y reciprocidad íntimas entre ambas nociones; la explicación sólo es posible si hubiera comprensión de la situación hermenéutica, si hubiera diálogo con la tradición.

De la obra de Ricoeur (2001) extraigo para el presente estudio su consideración de la acción humana como un cuasitexto, puesto que, al igual que el texto escrito, la acción humana:

*(...) al liberarse de su agente, (...) adquiere una autonomía semejante a la autonomía semántica de un texto; deja un trazo, una marca; se inscribe en el curso de las cosas y se vuelve archivo y documento. (Ricoeur, 2001: 162)*

Por consiguiente, la acción humana, al igual que el texto escrito, es una obra abierta, dirigida a una serie indefinida de posibles lectores, interpretaciones y reinscripción de sentidos en otros contextos, dando lugar así a la dialéctica entre la *explicación* y la *comprensión* que se da en la teoría del texto.

En efecto, para llegar a una comprensión real del texto (en este caso, de la acción clínica y pedagógica) es necesario partir de una explicación de la interrelación de la acción pedagógica y la acción clínica de el/la estudiante hasta llegar a la interpretación hermenéutica. Para llegar a dicha interpretación es ineludible que como investigadora me aplique (o apropie) el texto, esta idea de Gadamer (2007) de que toda comprensión es un comprenderse, de que la interpretación de un texto se fusiona con la interpretación de sí de un sujeto que, a partir de ese momento, se comprende mejor, o de otra manera o, sencillamente, comienza a comprenderse:

*(...) lo que es verdad es que en último extremo toda comprensión es un comprenderse. También la comprensión de expresiones se refiere en definitiva, no sólo a la captación inmediata de lo que contiene la expresión, sino también al descubrimiento de la interioridad oculta que la comprensión permite realizar, de manera que finalmente se llega a conocer también lo oculto. Pero esto significa que uno se entiende con ello. En este sentido vale para todos los casos que el que comprende se comprende, se proyecta a sí mismo hacia las posibilidades de sí mismo. (Gadamer, 2007: 326)*

La complementariedad y reciprocidad de estas dos actitudes, la interpretación y la explicación, me permitirán captar/recuperar el sentido de lo que está en juego en el texto (acción clínica y acción pedagógica) y transitar entre el todo y las partes del mismo. Para ello el círculo hermenéutico de Heidegger, citado por Gadamer (2007), me servirá como puente para el tránsito entre el todo y las partes, para la interpenetración del movimiento de la tradición y mi propio

movimiento como interprete, en el movimiento anticipatorio de la pre-comprensión. Dicha anticipación de sentido es lo que guía nuestra comprensión de un texto y está determinada desde esa comunión (o la cosa en sí —la formación del y de la estudiante de enfermería—) que nos une con la tradición. Para Heidegger esta anticipación de sentido tiene que protegerse de la arbitrariedad de las ocurrencias y la limitación de los hábitos imperceptibles del pensar, y orientar su mirada «a la cosa misma», es decir, asegurar la elaboración del tema científico desde la cosa misma. Esta anticipación es a su vez un proyectar:

*Tan pronto como aparece en el texto un primer sentido, el intérprete proyecta enseguida un sentido del todo. Naturalmente que el sentido sólo se manifiesta porque ya uno lee el texto desde determinadas expectativas relacionadas a su vez con algún sentido determinado. La comprensión de lo que pone en el texto consiste precisamente en la elaboración de este proyecto previo, que por supuesto tiene que ir siendo constantemente revisado en base a lo que vaya resultando conforme se avanza en la penetración del sentido. (Gadamer, 2007: 333)*

Este constante re proyectar es lo que permitirá que los conceptos previos sean sustituidos progresivamente por otros más adecuados:

*Elaborar los proyectos correctos y adecuados a las cosas, que como proyectos son anticipaciones que deben confirmarse «en las cosas», tal es la tarea de la comprensión. Aquí no hay otra objetividad que la convalidación que obtienen las opiniones previas a lo largo de su elaboración. (...) Por eso es importante que el intérprete no se dirija hacia los textos directamente, desde las opiniones previas que le subyacen, sino que examine tales opiniones en cuanto a su legitimación, esto es, en cuanto a su origen y validez. (Gadamer, 2007: 333-334)*

Este movimiento de penetración hacia la cosa misma no es incólume a la tensión bipolar entre sacralizar la voz del otro/a u ocultarla por mi interpretación y el saber científico. Lo anterior lo expongo al ser consciente de que cuando el/la estudiante piensa e interpreta su experiencia clínica vivida la modifica en dos sentidos. Primero, en su relación con ella por los sentidos y en los significados que extrajo de la experiencia vivida, y segundo, esa experiencia ha sido

reconstruida. Rodríguez García (2004), citado en Medina, Cruz & González (2008) expone ese quiebre ontológico entre la vivencia vivida y la vivencia mirada:

*‘La conversión de una vivencia espontáneamente vivida en una vivencia mirada, resultado de la vuelta reflexiva sobre sí, supone una alteración en el modo de ser de la vivencia que no la deja en absoluto incólume, pues tanto la posición del yo ante ella, de la que se distancia como observador, como el estatuto de la propia vivencia, que pasa ahora a ser objeto, cambian radicalmente respecto del modo como en el interior de la vivencia no reflexiva ambos se daban (Rodríguez, 2004)’. (Medina et al., 2008: 10)*

Dicho quiebre ontológico es en todo caso inevitable, el momento de la práctica es la práctica misma y la interpretación no es isomorfa con lo vivido, “lo que nosotros llamamos nuestros datos son realmente interpretaciones de interpretaciones de otras personas sobre lo que ellas y sus compatriotas piensan y sienten” (Geertz, 1987: 23). Esto que es inevitable no es una amenaza para la interpretación hermenéutica, debido a que ésta es en sí interpretación de segundo y tercer orden. Por definición, sólo un “nativo” hace interpretaciones de primer orden: se trata de *su* cultura, agrega Geertz.

Finalmente, esta interpenetración del movimiento de lo narrado u observado de los participantes (estudiantes-enfermera/o) y mi propio movimiento como intérprete es un movimiento deductivo-inductivo, creativo. Algunos autores lo denominan una relación dialéctica entre las perspectiva *Emic* —que busca “comprender el complejo mundo de la experiencia vivida desde el punto de vista de éstos quienes la viven” (Schwandt, 1994)— y la perspectiva *Etic* — que busca comprenderla desde la interpretación del investigador—. En dicho movimiento la comprensión va constantemente al todo (o estructura que toma un sentido más amplio) desde lo individual (perspectiva *Emic* y *Etic*) y a lo individual desde el todo en círculos concéntricos (a manera de bucle), que siempre se están ampliando. Movimiento dialéctico que me exige, en primer lugar, acercarme al otro/a, o al texto, como experiencia del tú con una actitud dialógica; en segundo lugar, dialogar continuamente con las preguntas de la investigación, las cuales son el

foco orientador para mantener la mirada atenta a la cosa en sí y abrir horizontes de indagación; y en tercer lugar, estar abierta a estimar conjeturas, hipótesis y preguntar ¿lo así narrado u observado qué me dice acerca del fenómeno de estudio? Ese qué me dice lo aporto desde la apropiación, el continuo proyectar y anticipar el sentido del todo y desde la mediación entre interpretación-apropiación a través de la comunidad de intérpretes (autores desde la literatura científica) que pertenecen y han hablado sobre la formación práctica del y de la estudiante de enfermería.

#### **4.2.4.1 Características del conocimiento que se obtendrá en el estudio.**

El objetivo es elaborar una descripción (textual) estimulante y evocativa de las acciones, conductas, intenciones y experiencias clínicas del y de la estudiante que suceden en la práctica real de la enfermería (Van Manen, 2003: 37). Prestando *atención a lo concreto*, en palabras de Eisner (1998), es decir, a aquellos rasgos concretos de la situación clínica y pedagógica observada, que muestren el “sabor de la situación en concreto, el individuo, el hecho o el suceso” (Eisner, 1998: 97). Lo anterior se relaciona con la perspectiva interpretativa de Erickson (1989) quien considera que la enseñanza eficaz se produce en las circunstancias particulares y concretas de la práctica de un profesor específico con un conjunto específico de alumnos «este año», «este día» y «en este momento». Y quien afirma que en la investigación interpretativa no se buscan *universales abstractos*, a los que se llega a través de una generalización estadística de una muestra a una población entera, sino factores *universales concretos*, a los que se llega estudiando un caso específico en detalles y luego comparándolo con otros casos estudiados de forma igualmente detallada.

### 4.3 Aproximación metodológica: Un estudio interpretativo etnográfico

La aproximación metodológica que considero coherente con la fundamentación ontológica y epistemológica que he venido desarrollando hasta el momento es la *etnografía*, en concreto la etnografía procedente de la Teoría Antropológica Interpretativa que elabora Clifford Geertz (1987). En primer lugar porque ésta se orienta hacia la descripción de los significados que las personas usan para comprender su mundo, y en segundo lugar, por el modo específico y particular de indagar por este mundo simbólico (los significados) de las personas. Este antropólogo, siguiendo la concepción de Max Weber sobre el hombre como un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido, considera la cultura como el entramado de significaciones que el hombre socialmente ha tejido, cuyo análisis debe basarse en una ciencia interpretativa en busca de significaciones; y, “hacer etnografía” es hacer una especulación elaborada en términos de, para emplear el concepto de Gilbert Ryle (1967), “descripción densa” a ese entramado de significados e intenciones, a las estructuras de significado, en cuanto a inferencias e implicaciones.

Geertz (1987) influido por la Teoría de la acción como un texto, elaborada por el filósofo Ricoeur, llega a sostener:

*Por ahora sólo quiero destacar que la etnografía es descripción densa. (...) Hacer etnografía es como tratar de leer (en el sentido de “interpretar un texto”) un manuscrito extranjero, borroso, plagado de elipsis, de incoherencias, de sospechosas enmiendas y de comentarios tendenciosos y además escrito, no en las grafías convencionales de representación sonora, sino en ejemplos volátiles de conducta modelada. (Geertz, 1987: 24)*

Para Geertz (1987) la conducta humana es vista como acción simbólica, es decir, acción que significa algo, y preguntar por la acción humana es “preguntarse por su sentido y su valor” (p. 24). La etnografía busca desentrañar lo que subyace bajo la conducta humana, es decir, sus significados.

Siguiendo a Ricoeur (1999), quien afirma que lo que la escritura fija no es el hecho de hablar, sino ‘lo dicho’ en el hablar, Geertz (1987) declara:

*(...) una pieza de interpretación antropológica: es trazar la curva de un discurso social y fijarlo en una forma de ser susceptible de ser examinada. El etnógrafo “inscribe” discursos sociales, los pone por escrito, los redacta. Al hacerlo, se aparta del hecho pasajero que existe sólo en el momento en que se da y pasa a una relación de ese hecho que existe en sus inscripciones y que puede volver a ser consultada. (Geertz, 1987: 31).*

Para Geertz (1987), la descripción etnográfica presenta cuatro rasgos característicos: es interpretativa del discurso social, la interpretación consiste en tratar de rescatar “lo dicho” en ese discurso, fijarlo en términos susceptibles de consulta y es microscópica (p.32).

Lo anterior resulta importante para el trabajo de campo del estudio, en cierta manera, exige una permanencia prolongada en el campo, no sólo para reunir situaciones o acciones clínicas, sino para *desentrañar* sus significados, para rescatar y *destacar*<sup>61</sup> aquellos rasgos o cualidades genéricas, concretas, que pertenecen a la acción clínica del y de la estudiante de enfermería.

Además me lleva a preguntar ¿cómo a partir de la observación de situaciones pedagógicas en el prácticum clínico llegar a cualidades genéricas y concretas, que describan la experiencia clínica de el/la estudiante de enfermería? Sin que esto signifique, por un lado, reducir el mundo complejo de la enfermería a un modo de hacer (o deber-hacer) clínico-pedagógico, o por otro lado, generalizar la práctica pedagógica de la enfermería a través de casos particulares. Ya que considero que como en toda práctica humana existe una infinita diversidad en la manera de estar y hacer con el otro/a, llámese estudiante, paciente, enfermera/o. Lo esencial aquí es dejar que pequeños hechos hablen de grandes cuestiones, tal como afirma Geertz (1987).

Ponerme delante de un trabajo etnográfico presenta los mismos rasgos de incertidumbre y perplejidad que estar delante de una situación clínica, incierta, única, y particular, que precisa de

---

<sup>61</sup> Coincido con Gadamer (2007) en la afirmación de que el destacar es siempre una relación recíproca. “Todo destacar algo vuelve simultáneamente visible aquello de lo que se destaca” (p. 376).



la observación sistemática, microscópica y atenta de la situación, la indagación y el registro detallado de las manifestaciones clínicas (subjetivas y objetivas), el seguimiento de la evolución y la continua elaboración de inferencias clínicas. En el trabajo etnográfico sería la continua elaboración de conjeturas y de conclusiones explicativas que den respuesta a las preguntas ¿Qué estaba pasando allí? ¿Qué significado tenía aquello para los participantes? Mi tarea consiste en que a partir de lo observado, lo indagado, lo registrado, lo analizado, logre, tal como afirma Geertz:

*(...) conjeturar significaciones, estimar las conjeturas y llegar a conclusiones explicativas partiendo de las mejores conjeturas y no el descubrimiento del continente de la significación y el mapeado de su paisaje incorpóreo. (Geertz, 1987: 32)*

Conclusiones explicativas que han de ser validadas, siguiendo a este autor, no atendiendo a un cuerpo de datos no interpretados y a descripciones radicalmente tenues y superficiales, sino atendiendo al poder de la imaginación científica para ponernos en contacto con la vida de gentes extrañas (Geertz, 1987: 29). Esto no es lo mismo que disponer de entidades abstractas en esquemas o categorías unificadas previas que buscan forzar lo observado e incluirlo bajo el dominio de una categoría. La intención del presente estudio no es partir de un listado de categorías predefinidas, sino de lo que los hechos hablan, escrutar los hechos, explorar sus significados e intentar situarlos dentro de un marco inteligible. Lo que no significa que vaya al trabajo de campo con las manos intelectualmente vacías, tal como lo afirma Geertz:

*Si bien uno comienza toda descripción densa (más allá de lo obvio y superficial) partiendo de un estado de general desconcierto sobre los fenómenos observados y tratando de orientarse uno mismo, no se inicia el trabajo (o no se debería iniciar) con las manos intelectualmente vacías. En cada estudio no se crean de nuevo enteramente las ideas teóricas; como ya dije, las ideas se adoptan de otros estudios afines y, refinadas en el proceso, se las aplica a nuevos problemas de interpretación. Si dichas ideas dejan de ser útiles ante tales problemas, cesan de ser empleadas y quedan más o menos abandonadas. Si continúan siendo útiles y arrojando nueva luz, se las continúa elaborando y se continúa usándolas. (Geertz, 1987: 37)*

En este punto cabe mencionar que el desarrollo teórico del presente estudio se caracterizara, en primer lugar, por estar lo más estrechamente ligado a los hechos sociales concretos, acorde con Geertz (1987), “las generalidades a las que logra llegar [la teoría] se deben a la delicadeza de sus distinciones, no a la fuerza de sus abstracciones” (p. 35); en segundo lugar, por no ser predictiva; y finalmente, por llegar a conclusiones partiendo de hechos pequeños pero de contextura muy densa, que no pierdan el contacto con las duras superficies de la vida enfermera, con las realidades sociales, políticas y económicas dentro de las cuales está contenida la enfermería y con las necesidades propias de esta disciplina.

Por todo lo anterior, y, acorde con Medina (2005a), “hacer etnografía” es más un trabajo hermenéutico que una metodología de recogida de datos o trabajo de campo. Esto no significa que deje de lado el ‘cómo’ y ‘por dónde’ orientar el trabajo de campo. Por tanto, considero necesario exponer aquellos criterios metodológicos que me servirán de brújula para orientarme cuando me encuentre en el vasto y denso campo.

#### **4.3.1 Criterios metodológicos.**

La aproximación etnográfica del presente estudio se fundamenta en el supuesto ontoepistemológico denominado el «ecológico-naturalista», en el que se apoya la perspectiva fenomenológica–hermenéutica. Supuesto planteado por Wilson (1977), como se cita en Medina (1996), que defiende que las acciones humanas están parcialmente determinadas por el contexto y ambiente en el que suceden. Tal como lo he explicitado anteriormente, las acciones clínicas y pedagógicas son *atravesadas* por las dimensiones locales y extra locales del contexto en el que la práctica clínica se desarrolla. Desde este supuesto epistemológico subyace el planteamiento de que los fenómenos educativos sólo pueden estudiarse en la vida real donde se producen, es decir, que la práctica clínica del y de la estudiante de enfermería sólo puede estudiarse mediante el contacto directo con la realidad hospitalaria en donde dicha práctica sucede; de manera que el

contexto en el que esta práctica clínica se materializa es la fuente de donde deben obtenerse los datos para su estudio (Geertz, 1987).

Por otro lado, considero que el presente estudio está en concordancia con un número substancial de las siguientes características de la *etnografía* (Atkinson & Hammersley, 1994):

- Fuerte énfasis en la exploración de la naturaleza particular del fenómeno social, más que intentar evaluar hipótesis sobre el fenómeno.
- Tendencia a trabajar primariamente con datos “no estructurados”, esto es, datos que no han sido codificados en el momento de la recolección de datos en términos de un set cerrado de categorías analíticas preconcebidas.
- Investigación de un número pequeño de casos o de un contexto particular; es decir, la práctica clínica del y de la estudiante de enfermería.
- Análisis de datos que envuelve interpretación explícita de los significados expresados en el lenguaje y las acciones de los actores sociales.

Los criterios metodológicos que orientarán el trabajo de *campo*, serán los siguientes (Erickson, 1989: 199):

- a) Como he señalado anteriormente, me considero el principal instrumento de recogida de datos en la investigación.
- b) Participación intensiva y a largo plazo en el contexto de campo; es decir, presencia más o menos prolongada en el ambiente hospitalario con enfermeras/os y estudiantes de Enfermería (Taylor y Bogdan, 1987), de modo tal que pueda indagar los significados que otorgan a sus acciones clínica y pedagógicas. Esto significa participar en las situaciones y acontecimientos emergentes en el interior de la práctica clínica del y de la estudiante.

- c) Procurar comprender los significados que elaboran los/as estudiantes para dar sentido a su práctica clínica (Geertz, 1987).
- d) Exhaustivo registro de lo que sucede en el contexto mediante la redacción de notas de campo, la recopilación de otros tipo de documentos y grabaciones.
- e) La subsiguiente reflexión analítica sobre el registro documental obtenido en el campo. La recogida de datos y el análisis e interpretación de los mismos se realizarán de manera simultánea (Woods, 1987). Por último la elaboración de un informe mediante una descripción detallada –densa- (Geertz, 1987).
- f) El diseño del estudio será emergente, flexible, iterativo y continuo (Valles, 2002: 67). Por un lado, las decisiones de diseño se tomarán a lo largo del estudio, por otro, las estructuras teóricas e interpretativas resultado de la investigación serán emergentes, descubiertas y construidas durante el proceso de investigación y no preconcebidas antes del desarrollo de la misma.
- g) Validación y triangulación de los datos obtenidos con las/os estudiantes y enfermeras/os participantes del estudio.

#### **4.3.2 Selección de participantes.**

Para la selección de las/os participantes del estudio se empleará la *selección simple basada en criterios*, planteada por Goetz y LeCompte (1988), la cual exige determinar por adelantado el conjunto de atributos que deben poseer los/as participantes y las situaciones o fenómenos a estudiar. Debido a que el lugar idóneo para observar las prácticas clínicas del y de la estudiante de enfermería es el propio contexto hospitalario, es en dicho lugar donde se realizará la investigación. Por tanto los criterios para la selección de los/as participantes del estudio serán los siguientes: escuela de enfermería e institución hospitalaria que accedan a participar en el estudio, grupo de estudiantes inscritos a una asignatura de componente práctico en dicha escuela

de enfermería, que realicen sus prácticas clínicas en el hospital y que accedan a participar de manera voluntaria en el estudio; también se tendrá en cuenta la aceptación a participar de profesoras y enfermeras/os que tutorizan a los/as estudiantes en el prácticum clínico. Por otro lado, considero difícil realizar una estimación a priori del número de participantes (estudiantes, enfermeras/os, profesoras), teniendo en cuenta que el proceso de selección no es algo estático, sino dinámico y secuencial, en palabras de Goetz y LeCompte, y además contextual. En cierto sentido, las decisiones relacionadas con la selección de los participantes del estudio se encontrarán condicionadas a factores institucionales como: asignaturas de componente práctico, accesibilidad a la/s institución/es hospitalaria/s. Aun así, mi intención es realizar una estancia prolongada en el campo de las prácticas clínicas (desde el comienzo hasta el fin de una asignatura práctica) y una observación de cerca a un grupo de estudiantes que oscile de 6 a 8 estudiantes. Esta decisión se encuentra justificada por la naturaleza simbólica de las preguntas de investigación (indagar los significados atribuidos a la experiencia clínica del estudiante de enfermería y el papel de la relación pedagógica en su formación clínica), que obliga a un contacto sostenido y duradero con el/la estudiante para conocer en profundidad los significados que otorgan a su práctica y aprendizajes clínicos.

#### **4.4 Estrategias de recogida de datos**

Las estrategias de recolección de la información para el presente estudio serán la observación, la conversación informal, la entrevista y los materiales escritos (Ruiz & Ispizua, 1989).

##### **4.4.1 Observación.**

Como ya he mencionado, uno de los criterios metodológicos del estudio es la participación intensiva y a largo plazo en el contexto de campo, es decir, en el ambiente hospitalario con

enfermeras/os y estudiantes de Enfermería, donde éstos desarrollan sus prácticas clínicas; de ahí que me haya decantado por la observación como una de las principales estrategias de recogida de datos.

En la literatura metodológica consultada se hace referencia generalmente a dos tipos de observación, la participante y la no participante. En el primer caso, el investigador asume el rol de observador participante al vivir como un individuo más en el grupo durante el tiempo de observación; en el segundo, asume el rol de observador no participante, no implicándose por completo, ni actuando como nativo, pero interactuando con los informantes. En ambos casos, el contacto directo con los participantes y la estancia prolongada en el campo, son condiciones esenciales del trabajo del observador (Ruiz & Ispizua, 1989: 81).

La observación participante es considerada como *“la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el milieu de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo”* (Taylor & Bogdan, 1987: 31). Para Woods (1987), este tipo de observación consiste en la penetración de las experiencias de los otros en un grupo o institución desde la menor distancia posible.

En la observación no participante, afirma Woods (1987), el investigador adopta la técnica de la «mosca en la pared» para observar las cosas tal como suceden, naturalmente, con la menor interferencia posible de su presencia (p. 52). Sin embargo, de acuerdo con Woods, la observación es en cierto sentido participante; en primer lugar, porque es difícil *no* ejercer influencia alguna sobre la situación que se observa, especialmente en contextos sensibles como el mundo hospitalario; en segundo lugar, por la permanencia prolongada en el campo seguramente me será difícil evitar verme envuelta en algún tipo de participación en la práctica clínica, que me exija tal vez actuar como enfermera. Como bien afirma Woods, “aun cuando no

comparta ninguno de los papeles que observa, el observador no participante, es, a pesar de todo, parte de la escena” (p. 55). En sus palabras, es también un «observador comprometido»<sup>62</sup>.

Por otro lado, Junker (1960), citado por Hammersley y Atkinson (2001), plantea una clasificación teniendo en cuenta el nivel de participación y observación del investigador, en donde su rol puede variar desde la participación total, participante como observador, observador como participante hasta la observación total. En la participación total, el investigador se convierte o es ya un miembro efectivo del grupo. En la observación total el investigador no tiene ningún contacto con lo que está observando.

De acuerdo con la perspectiva teórica del presente estudio, considero que la mejor forma de acercarme a la práctica clínica del y de la estudiante es participar en la misma. Mi pretensión no es ser estudiante ni comportarme como tal, sino que me presentaré como una observadora (investigadora). Por tanto, siguiendo la clasificación de Junker (1960), el rol que adoptaré será el de *observadora como participante*. Al igual que Van Manen (2003) considero que la mejor forma de adentrarse en el mundo de la vida de una persona es participar en él. Sin embargo, prefiero decantarme por la connotación que hace Woods (1987) respecto al «observador comprometido» y a la *observación de cerca* que menciona Van Manen, como variación de la observación participante:

*La observación de cerca intenta salvar la distancia que a menudo crean los métodos basados en la observación. Más que observar a los sujetos a través de ventanas de dirección única o mediante esquemas o listas de verificación que funcionan simbólicamente igual que los espejos de una sola dirección, el investigador en ciencias humanas intenta adentrarse en el mundo de la vida de las personas cuyas experiencias constituyen un material de estudio importante para su proyecto de investigación. La mejor forma de adentrarse en el mundo de la vida de una persona es participar en él. (...) La observación de cerca implica la actitud de asumir una relación que se encuentra lo más cerca posible y a la vez mantiene un estado de alerta*

---

<sup>62</sup> “El compromiso estaba en la relación que se establecía con el personal y los alumnos, una identificación con el proceso educativo y una voluntad de aceptación de las percepciones que ellos tenían de mi papel. Estas percepciones me incorporaron en el marco de la escuela. En todos esos aspectos, me sentí profundamente comprometido en la vida de la escuela, aun sin ningún papel formal en ella.” (Woods, 1987: 56)

*hermenéutico con respecto a situaciones que nos permiten dar constantemente un paso atrás y reflexionar sobre el significado de dichas situaciones.* (Van Manen, 2003: 86)

Mantener este estado de alerta hermenéutico será esencial para indagar y reflexionar sobre el significado de lo narrado u observado en la práctica clínica del y de la estudiante; actitud que transita entre la cercanía y la distancia con la situación pedagógica y sus participantes. Un aprendizaje de esta experiencia investigativa será el saber cómo y hasta dónde transitar entre la cercanía y la distancia con el fenómeno de estudio, de modo que se evite el ‘volverse nativo’ por un lado, y el distanciamiento y objetividad por otro.

#### **4.4.2 Conversación informal posterior a la observación.**

Se trata de conversaciones que se realizarán con los y las estudiantes tras la observación de situaciones clínicas que surjan durante el trabajo de campo. Su objetivo será profundizar en aspectos propios de la formación clínica, indagar la vivencia, los sentimientos y significados de determinada situación clínica en la que participó el/la estudiante. Será una manera de acercarme de manera inmediata a aquellos significados de su experiencia clínica, de conversar con él o ella, también será una oportunidad para establecer una relación de confianza (o *rapport*) entre estudiante e investigadora. Lo anterior conecta con el pensamiento de Geertz, quien afirma que lograr el acceso al mundo conceptual en el cual viven nuestros sujetos, en el sentido amplio del término, es conversar con ellos (Geertz, 1987: 35).

Algunos autores suelen designar a estas conversaciones informales como “entrevista conversacional”:

*‘En el campo, el investigador considera toda conversación entre él y otros como formas de entrevista (...) El investigador encuentra innumerables ocasiones –dentro y fuera de escena, en ascensores, pasillos, comedores, e incluso en las calles- para hacer preguntas sobre cosas vistas y oídas (...) Las conservaciones pueden durar sólo*



*unos pocos segundos o minutos, pero pueden conducir a oportunidades de sesiones más extensas.*' (Shatzman y Strauss, 1973, en Valles, 2002: 38)

Por tanto, al ser conversaciones espontáneas, casuales e informales no serán grabadas en audio y las notas serán registradas con posterioridad al diálogo. Lo que me parece importante resaltar es que estas conversaciones serán pistas de gran valor fenomenológico para conducir la indagación (en entrevistas semiestructuradas o conversaciones más extensas) y la observación de nuevas situaciones en el campo.

#### **4.4.3 Entrevistas cualitativas.**

Otra herramienta metodológica esencial para el presente estudio será la realización de entrevistas cualitativas en profundidad, con un carácter semiestructurado. Es decir, entrevistas que no son estructuradas a modo de cuestionario o de un intercambio formal de preguntas y respuestas, de modo tal que facilite la expresión de las opiniones y hechos personales con toda sinceridad y precisión. El entrevistado proporciona la estructura; las preguntas del entrevistador tienden a ayudar a descubrir de qué se trata (Woods, 1987) y están orientadas hacia la pregunta o el fenómeno de investigación que originó la necesidad de la entrevista:

*Las entrevistas cualitativas han sido descritas como no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas. (...) Por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas.* (Taylor & Bogdan, 1987: 101)

Autores como Taylor y Bogdan (1987), Van Manen (2003) y Woods (1987) enuncian que la entrevista cualitativa sigue el modelo de una conversación. Es decir que su carácter conversacional está dado en el sentido libre, abierto, democrático, bidireccional e informal, en el

que los individuos pueden manifestarse tal como son, sin sentirse atados a papeles predeterminados (Woods, 1987: 82). Para asumir dicho carácter conversacional, considero importante generar un ambiente adecuado y una relación de confianza, de modo que el/la estudiante se sienta con la confianza de expresar sus opiniones. Al respecto Robert Atkinson (1998: 32), citado en Valles (2002), afirma:

*'Una entrevista es como una conversación, pero no es una conversación. Una entrevista debería ser informal y deshilvanada, como una conversación, pero en una entrevista, la otra persona es la que habla. Tú eres la que escucha. Tu conocimiento y tu voz deberían permanecer en segundo plano, primordialmente para proporcionar apoyo y ánimo. Una entrevista debería tener un empuje claro, tal como lo tiene un ritual que separa el tiempo ritual del tiempo regular. Una entrevista te permite hacer preguntas con más detalle que en una conversación normal. Una entrevista tiene un modo propio que permite, por un lado, muchas más profundidad y por otro, una explicación de lo obvio.'* (Valles, 2002: 40)

La *intencionalidad* de la entrevista cualitativa para el presente estudio busca explorar y profundizar sobre los acontecimientos y situaciones clínicas y pedagógicas que vivenció el/la estudiante, sus sentimientos, significados e interpretaciones elaboradas alrededor de éstas; este material narrativo experiencial me permitirá desarrollar un conocimiento más rico y más profundo sobre la práctica clínica del estudiante. Pero también busca conducir hacia nuevas observaciones, es decir, que el desarrollo de las entrevistas cualitativas en el presente estudio se realizarán en el interior del trabajo de campo, acorde con los objetivos de la investigación y también con lo observado y escuchado previamente; siguiendo además el criterio de Johnson (2002), citado por Valles (2002), quien suele responder a la pregunta habitual por el número de entrevistas de la siguiente manera: *enough*, las suficientes; de modo que el entrevistador sienta que ha aprendido todo lo que hay que aprender de las entrevistas y ha comprobado esos entendimientos mediante la re-entrevista de los informantes más conocedores y que le merecen mayor confianza (p. 74).

Por otro lado, para Sennett (2003) el arte de entrevistar requiere de un "**tercer oído**", como llaman los músicos a aquella experiencia en la que el chelista corrige el sonido a medida que lo produce:

*En la entrevista, el "tercer oído", que requiere que el entrevistador se encuentre al mismo tiempo dentro y fuera de la relación, es más desconcertante porque carece de medida física. (Sennett, 2003: 51)*

Un "tercer oído" que se cuestione ¿Qué revelan las declaraciones de los informantes sobre sus sentimientos y percepciones y qué inferencias pueden hacerse a partir de ellas sobre el contexto efectivo a los sucesos experimentados? (Valles, 2002: 84) ¿Qué voces son oídas —con atención y profundidad— y qué voces son oídas con cierta resistencia?

*La realización de entrevistas en profundidad es una habilidad peculiar y a menudo frustrante. A diferencia del encuestador, que hace preguntas, el entrevistador en profundidad desea explorar las respuestas que la gente da. Para explorar, el entrevistador no puede ser impersonal como una roca; por el contrario, debe dar algo de sí mismo al fin de merecer una respuesta abierta. Sin embargo, la conversación se decanta en un solo sentido, no se trata de hablar como hablan los amigos. Con harta frecuencia el entrevistador descubre que ha ofendido a los sujetos, que ha traspasado una línea que sólo los amigos o las relaciones íntimas pueden cruzar. La habilidad consiste en calibrar las distancias sociales de tal modo que el sujeto no se sienta como un insecto bajo el microscopio. (Valles, 2002: 50)*

Uno de los aprendizajes propios de esta investigación educativa, entre muchos otros, será el aprender a *entrevistar (qué preguntas hacer y cómo hacerlas) y saber tirar del hilo* (expresión tomada del profesor Medina). Considero que entrevistar implica *saber preguntar, saber conversar, saber escuchar, ir con sensibilidad fenomenológica, respetar el relato del otro y agradecerle por el regalo que nos ofrece al revelarnos su experiencia vivida*. Respecto a la última anotación, traigo una recomendación de Atkinson (1998: 39), citado por Valles (2002):

*(...) 'Es importante mantener una perspectiva ética en todo el proyecto y ser un practicante reflexivo cuando se trata de trabajar tan cerca de alguien y que te ha dado tal regalo, tal confianza como un relato de vida.'* (Valles, 2002: 87)

Finalmente, otro aspecto que ha resonado para el estudio a partir de la revisión de la literatura metodológica es una idea que plantea Sennett (2003) sobre el respeto al otro/a. Afirma que cuando se trata a los otros como espejos de uno mismo, no se les reconoce la realidad propia de su existencia personal; es necesario respetar el hecho elemental de que son distintos. *“Esta parece ser la lección: si los respetas, no te proyectes en ellos”* (p. 56).

#### **4.4.4 Materiales escritos.**

Los materiales escritos son considerados como instrumentos cuasiobservacionales debido a que constituyen un apoyo útil a la observación y reemplaza al o a la investigador/a en los sitios y momentos en los que le es difícil o imposible estar presente en persona (Woods, 1987: 105). Siguiendo a este autor, los materiales escritos que consideraré para el presente estudio serán los documentos oficiales (como planes curriculares, plan docente de la asignatura, estructura institucional hospitalaria, planes de cuidado, entre otros); también documentos personales (como diarios reflexivos tanto de los/as estudiantes como de la investigadora, diario de notas de campo y diario metodológico).

Los documentos escritos serán de vital importancia para la indagación y observación de la práctica clínica de los/as estudiantes, como en el caso de los diarios reflexivos de éstos, debido a que permiten desvelar significados y reflexiones que ellos/as mismas han elaborado alrededor de su vivencia clínica, lo que les concede un valor fenomenológico y su importancia para la observación, la conversación informal y la entrevista con los/as estudiantes.

Los documentos oficiales permitirán conocer los lineamientos de la estructura institucional, tanto universitaria como hospitalaria, instituciones en las cuales se desarrolla la investigación.

#### **4.5 Análisis de la información**

Para el análisis de la información se seguirán los lineamientos del método de comparaciones constantes, siguiendo algunas de las herramientas de análisis propuestas por Strauss y Corbin (2002). La decisión de adoptar este método se debe a que permite el desarrollo de conceptualizaciones de los datos de manera inductiva y la generación de conclusiones y resultados de manera sistemática, consistente, plausible y cercana a los datos a través de preguntas sensibilizadoras, teóricas y de naturaleza práctica y estructural y mediante la comparación de incidentes en cuanto a sus similitudes y diferencias. Esta metodología recomienda tres momentos para el análisis de los datos cualitativos. En el primero, descriptivo, se realiza la codificación abierta, para identificar categorías; en el segundo se relacionan las categorías por medio de la codificación axial, para identificar los temas principales o núcleos temáticos emergentes; y en el tercero se completan las descripciones y relaciones entre categorías y núcleos temáticos y se identifican los ejes cualitativos centrales que atraviesan el corpus de datos a través de la codificación selectiva.

#### **4.6 Consideraciones éticas de la investigación**

Este camino lo he asumido como un **compromiso** personal, profesional y social, como enfermera, profesora y ciudadana. De acuerdo con Arnaus (1996), parto de la convicción y de la defensa de que las personas participantes en el estudio y con las que se convive (estudiantes, enfermeras, profesoras y personas hospitalizadas) no podrán instrumentalizarse por intereses de la investigación. Se establecerán relaciones colaborativas, comprometidas y de respeto con estudiantes, profesores, personas hospitalizadas y enfermeras, en un intercambio igualitario y auténtico. Para ello, considero esencial la continua autoexaminación (Lincoln, 1990) y reflexividad respecto a mi rol como investigadora dentro de la investigación, con el fin de lograr

una mayor consciencia sobre mi manera de *estar y hacer* como investigadora y de moverme *hacia* una práctica investigadora dialógica, interpretativa y ética.

También he apelado a los lineamientos éticos contemplados en la última modificación de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2008) que plantea los Principios éticos para las investigaciones que involucran seres humanos, y de la Ley orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) en su Título III “Derechos de las personas”, con la intención de proteger *la individualidad, la integridad, la dignidad y la privacidad* de las personas participantes (Ley orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, 1999).

Por lo tanto, el presente estudio considera los principios éticos de:

- Autonomía: Las/os participantes del estudio podrán decidir participar o no, aún después de iniciado el proceso de recolección de datos.
- Beneficencia: Los resultados de la investigación contribuirán a la construcción del conocimiento en Educación de Enfermería a través de las observaciones, los relatos y expresiones de opinión y experiencia de los/as estudiantes en la práctica de cuidado de enfermería.
- Privacidad: Los nombres de las personas participantes del estudio (estudiantes, enfermeras, profesoras, personas hospitalizadas) serán sustituidos por **nombres ficticios**. Como también, el nombre de las plantas de hospitalización en las que se desarrolle el estudio. Los datos y registros obtenidos serán consignados de tal forma que proteja la confidencialidad de las personas participes. Además, respetaré aquellas solicitudes de los/as participantes de no presentar o revelar alguna información.
- Veracidad: Los/as participantes del estudio conocerán la información consolidada para su aprobación. Como investigadora me comprometo a no alterar la información

recolectada y a presentar los resultados de manera fidedigna garantizando la privacidad de los/as participantes y la veracidad de las informaciones.

De igual manera, se garantizan los derechos de *acceso, de oposición, de rectificación y de cancelación* de la información suministrada a los/as participantes, de acuerdo con los artículos 5, 15 y 16 de la Ley de Orgánica de Protección de Datos (LOPD) 15/1999, de 13 de diciembre.

Por otro lado, el estudio será presentado ante el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario en donde se realizará el trabajo de campo y contará con la aprobación institucional —universitaria y hospitalaria— para el desarrollo del mismo.

De igual manera, se contará con el consentimiento informado y por escrito (ver anexo 1) de las personas participantes, quienes conocerán los objetivos, la justificación, los beneficios y alcances, y los riesgos de la investigación, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Asimismo, como mencioné anteriormente en el principio de autonomía, la persona puede decidir participar o no, aún después de iniciado el proceso de recolección de datos.

En el informe de resultados presentaré el rol desempeñado por los/as participantes —por ejemplo profesora, estudiante, enfermero/a—, con el objeto de dar claridad al lector/a y nunca desde una intención cosificadora o reduccionista.

## Capítulo 5. Desarrollo histórico, social e intelectual del trabajo de campo y el análisis de la información

*No hay que olvidar la técnica, pero por sí sola no vale un pimiento, cualquier obra que se haya hecho sin creatividad, sensibilidad, ni intuición no es nada. Es un ejercicio de virtuosismo vacío. El virtuosismo por sí solo no es arte, eso sí, puede resultar asombroso. (Sáez, 2006: 99)*

### 5.1 Introducción

Uno de los aspectos que contribuye a garantizar la credibilidad de los estudios interpretativos es la descripción minuciosa de las condiciones en que se realizan, las circunstancias en las que se efectuaron las observaciones y cómo se llevó a cabo la recogida de información. Tal como afirma Malinoswki (1993):

*Los resultados de una investigación científica, cualquiera que sea su rama del saber, deben presentarse de forma absolutamente limpia y sincera (...) cada investigador debe poner al lector en conocimiento de las condiciones en que se realizó el experimento o las observaciones. (...) Describir en qué circunstancias se efectuaron las observaciones y cómo se compiló la información. (Malinowski, 1993:22-23)*

Por tanto, el objetivo de este capítulo es describir y explicar el proceso histórico, social e intelectual del trabajo de campo y el análisis de la información. Es importante aclarar que ambos transcurrieron de manera simultánea. Como mencioné en el capítulo anterior, el diseño metodológico del estudio adoptó un carácter emergente durante el desarrollo del trabajo de campo y el análisis debido a su carácter abierto, complejo y dinámico. Por tanto, el que presente un proceso secuencial responde más a requerimientos propios de la organización y estructura de un texto que a cómo se ha desarrollado el proceso, realidad que más que a un esquema lineal ha constituido un proceso dialéctico y en espiral, a modo de bucle de reflexión y acción.



## 5.2 El desarrollo del trabajo de campo

La recogida de datos se desarrolló en dos grupos de estudiantes, en dos fases y períodos de tiempo. La primera fase entre el 16 de marzo y el 15 de junio de 2011, con un grupo de cinco (5) estudiantes en el seminario de la asignatura “Practicum Hospitalario II”, en la titulación Diplomatura de Enfermería<sup>63</sup>. La segunda desde el 5 de octubre de 2011 hasta el 3 de febrero de 2012, con un grupo de seis (6) estudiantes<sup>64</sup> de la asignatura Estades Cliniques II, en la titulación Grado de Enfermería.

En esta etapa del estudio, de desarrollo del trabajo de campo, se llevaron a cabo las siguientes actividades: contactos con algunas escuelas de Enfermería de Barcelona, negociación del acceso y estancia en el campo, presentación del proyecto de investigación ante el comité de ética de la institución hospitalaria y recogida de información a través de observaciones no participantes y como participante, conversaciones informales, entrevistas en profundidad, análisis de materiales escritos, transcripción de entrevistas y devolución a los/as estudiantes para su validación y análisis descriptivo de los datos e interpretación de los resultados.

## 5.3 Selección de los/as participantes del estudio

En el año 2010 comenzamos<sup>65</sup> a contactar con varias escuelas de Enfermería con el objeto de solicitar su participación en el proyecto de investigación, cabe decir, que no fue un proceso rápido como se planeó, algunas se negaron a participar. Finalmente en diciembre de 2010

---

<sup>63</sup> Para el período académico 2010-2011 (período de la primera fase de recogida de datos) la asignatura se denominaba “Practicum hospitalario II” en la titulación extinta de Diplomatura en Enfermería. Debido a la transformación de dicha titulación en Grado de Enfermería llevada a cabo por el EEES, para el período académico 2011-2012 (período de la segunda fase de recogida de datos) la asignatura cambió su denominación por el de “Estades Cliniques II”.

<sup>64</sup> A los y las estudiantes/as mis más sinceros agradecimientos por su disposición, acogida, colaboración, participación y por la confianza para compartir sus experiencias.

<sup>65</sup> Cabe mencionar que el director de la tesis desempeñó un papel muy importante en este proceso de negociación y contacto con las escuelas de enfermería y hospital universitario. Reitero mis agradecimientos.

conseguimos la colaboración y disponibilidad de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona<sup>66</sup> (ver anexo 2).

Tras el proceso de negociación con el equipo directivo de la Escuela de Enfermería, se eligió la asignatura práctica en la que se desarrollaría el trabajo de campo. Se acordó observar a un grupo de estudiantes de tercer curso de la asignatura Practicum Hospitalario II, al ser una de las asignaturas troncales del plan de estudios que cuenta con el mayor número de créditos y que corresponde a una práctica externa obligatoria.

Seguidamente contacté con las profesoras coordinadoras de la asignatura, quienes desde un primer momento mostraron interés y disposición por participar en el estudio<sup>67</sup>, desde el principio pude conocer el plan curricular de la asignatura, el desarrollo de la misma y cómo se encontraba estructurada.

Practicum Hospitalario II (posteriormente denominada Estades Cliniques II) tenía una duración de 15 semanas con una intensidad práctica diaria de 6 horas (7 horas en la asignatura Estades Cliniques II), la cual se desarrollaba tanto en el horario de mañana —8 h a 14 h— como en el de tarde —14 h a 20 h— (en la asignatura Estades Cliniques II los horarios eran de 8 h a 15 h y de 14 h a 21 h), de martes a viernes en hospitales de segundo y de tercer nivel. Los/as estudiantes se organizaban en grupos de 5 a 6. Cada grupo se encontraba bajo la orientación de un/a profesor/a asociado/a que trabajaba estrechamente con las profesoras coordinadoras de la asignatura y con las/os enfermeras/os tutoras/es de las unidades de hospitalización. La función principal de la profesora asociada era tutorizar la práctica clínica del y de la estudiante (seguimiento individualizado en las unidades de prácticas, planificación de los seminarios y organización de la evaluación junto con los/as enfermeros/as responsables de los alumnos) y orientar/desarrollar los seminarios del prácticum. Éstos se realizaban semanalmente en sesiones

---

<sup>66</sup> Para el equipo directivo de la escuela de enfermería mis más apreciados agradecimientos por su disponibilidad, atención y confianza.

<sup>67</sup> Un especial agradecimiento para las profesoras coordinadoras de la asignatura, quienes desde el primer momento mostraron receptividad, disponibilidad y colaboración.

de dos horas, con la profesora asociada y el grupo de estudiantes. En ellos se abordaban temáticas estrechamente relacionadas con la vivencia práctica de éste, como por ejemplo, dinámica organizacional de las unidades, presentación de situaciones de conflicto ético, exposición de los protocolos y presentación de Planes de Atención de Enfermería (PAE).

El conocimiento de la estructura de la asignatura y su desarrollo me condujo a tomar la decisión de observar a uno de los grupos de estudiantes y a una profesora asociada. La primera con la que contacté coordinaba un grupo de estudiantes y dictaba algunas clases cátedra en la escuela, aceptó participar, pero por circunstancias personales y profesionales finalmente no pudo. Por sugerencia de las profesoras coordinadoras, solicité a otra docente asociada la participación en el estudio, quien también aceptó participar desde el primer momento.

El paso siguiente fue conocer a esta profesora, que a lo largo del capítulo de resultados he llamado Blanca<sup>68</sup> —nombre ficticio—. En nuestra primera reunión le presenté las motivaciones, objetivos y estrategias metodológicas del estudio. A Blanca conocer que yo trabajaba como profesora de enfermería le tranquilizó mucho, tal vez eso favoreció el establecimiento de una relación de confianza entre ella y yo como investigadora.

Blanca supervisaba a un grupo de estudiantes de enfermería al mismo tiempo que trabajaba como enfermera de la Unidad de Reanimación del Hospital Universitario en el que se realizarían las observaciones de la práctica. Por tanto observar los seminarios que ella y estudiantes mantenían durante la asignatura era de gran valor, debido a que su experiencia profesional y conocimiento práctico cobraría importancia en la integración —en los seminarios— de los conocimientos teóricos enseñados en el aula y las experiencias prácticas que vivían los/as estudiantes en su práctica clínica.

El siguiente paso fue conocer al grupo de estudiantes.

---

<sup>68</sup> De igual manera, a la profesora Blanca mis más sinceros agradecimientos por su confianza, receptividad, disposición y participación

De manera simultánea a estos primeros contactos con profesoras coordinadoras y profesora asociada, se inició (junto con el director de tesis) el proceso de contacto y negociación con la Unidad de Formación Continuada del Hospital Universitario de Bellvitge<sup>69</sup>, en el que las estudiantes de la asignatura Practicum Hospitalario realizan sus prácticas clínicas. Dicho proceso contó con la presentación del proyecto de investigación (área problema, preguntas de investigación, objetivos, diseño metodológico y estrategias de recogida de datos) el consentimiento informado y las consideraciones éticas del estudio ante el Comité Ético de Investigación Clínica del hospital (CEIC) —quienes dieron su aprobación favorable el mes de junio de 2011 (ver anexos 3, 4 y 5) con la solicitud de algunas aclaraciones metodológicas y recomendaciones al consentimiento informado—. Aclaraciones que se realizaron y remitieron al CEIC. Debido a que la autorización para ingresar en el campo clínico se dio en junio de 2011, con el primer grupo de estudiante no pude realizar la observación de sus prácticas clínicas. Y por tanto, tomamos la decisión (junto con el director de tesis) de realizar la observación clínica en el período académico de octubre de 2011 a febrero de 2012, con un segundo grupo de estudiantes. Como ya conocía a la profesora Blanca y por la relación construida con ella, decidí observar el siguiente grupo de estudiantes que ella supervisó.

El 16 de marzo de 2011 comencé la observación (de modo no participante) en los seminarios de la asignatura del Practicum Hospitalario II, en el cual participaban cinco (5) estudiantes de enfermería y la profesora asociada. Observación que finalizó en junio 15 de 2011.

El día 5 de octubre de 2011 inicié una segunda fase de recogida de la información en los seminarios de la asignatura Estadísticas Clínicas II, en el cual participaban seis (6) estudiantes de enfermería y la profesora asociada. En este segundo grupo, debido a que para aquel entonces contaba con la autorización del Hospital Universitario para acceder al campo hospitalario, pude realizar la observación (como participante) en la práctica clínica de las estudiantes. Tanto la

---

<sup>69</sup> Un profundo agradecimiento a las colegas de la Unidad de Formación Continuada y a la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario de Bellvitge, por toda la colaboración, apertura y disponibilidad desde un primer momento.

observación de seminarios como la observación en las prácticas clínicas en este segundo grupo se extendieron hasta el mes de enero de 2012 (Ver anexo 6, cronograma del trabajo de campo).

#### 5.4 Primeros contactos: el cuidado de los comienzos

Considero necesario mencionar que en todo este proceso de contacto, negociación y presentación fue muy importante como investigadora cuidar estos comienzos y las relaciones que establecía con estudiantes, profesoras/es y enfermeras/os. Fueron momentos en los cuales experimenté perplejidad, al ser una situación totalmente desconocida para mí. Tal como afirman Connelly y Clandinin (1995), era consciente de que el éxito de la negociación y el contacto no garantizaban que el estudio en sí mismo fuese fructífero:

*Hemos demostrado cómo el éxito de la negociación y la aplicación de los principios no garantizan por sí solos un estudio fructífero. La razón, naturalmente, es que la investigación colaborativa constituye una relación. (...) Esta forma de entender la negociación para la entrada en el campo de la investigación subraya que la investigación narrativa [interpretativa] transcurre dentro de una relación entre los investigadores y los practicantes que está construida como una comunidad de atención mutua (caring community). (Connelly & Clandinin, 1995: 18-19)*

Por tanto, '*estar en el terreno*' como observadora e indagadora cualitativa, en este caso dentro del aula universitaria y práctica hospitalaria, compartiendo un espacio con estudiantes, enfermeras/os y profesora en lo cotidiano de una asignatura o práctica clínica, implicó no sólo recoger información, sino además *saber estar* dentro del mismo, *cuidar* las relaciones, *cuidar* los tiempos y espacios y tener la *sensibilidad* y *prudencia* necesaria para moverme allí de manera adecuada.

La primera actitud fue la de "arremangarme los pantalones" (Taylor & Bogdan, 1987) y entrar en el campo. No sabía muy bien qué preguntar, qué era relevante o irrelevante observar, en qué momento preguntar, dónde y cómo situarme en el rol de investigadora. Fue un momento que

implicó diligencia, paciencia y humildad (para poder desplazarme hacia la experiencia del otro/a). El rol de investigadora que adopté fue el de *acompañar* en la vivencia del estudiante y también el de *aprendiz* como investigadora cualitativa. Cabe decir que fue un momento en el que percibí esa negatividad de la experiencia tal como la expone Gadamer (2007).

También considero necesario resaltar la apertura, disponibilidad y colaboración de profesoras coordinadoras, asociadas, enfermeras/os y estudiantes con el estudio, quienes conocieron previamente las preguntas, objetivos, diseño metodológico y estrategias de recogida de datos y de quienes conté con su debida autorización para participar en el estudio.

Las estudiantes manifestaron inicialmente perplejidad y extrañeza ante mi solicitud de participación, en todo momento mantuve una actitud de escucha ante sus inquietudes respecto al qué y cómo realizaría el estudio. Recuerdo del primer grupo de estudiantes a Aura<sup>70</sup> planteando preguntas respecto a las estrategias metodológicas, a Carla y a Daniel atentos y receptivos, a Esteban en silencio y a Rosa manifestando su interés y disposición a participar: “es una manera de aprender de nosotros mismos”, expresó. En este primer contacto manifestaron además sus miedos a equivocarse en su práctica clínica y sentí que tal como ellos experimentaban aquel miedo ante lo desconocido, yo experimentaba lo mismo como investigadora novel. Esto implicaba ser aún más cuidadosa con las relaciones que establecería con ellos y ellas, estar presente plenamente y responsabilizarme de investigar de manera calificada.

En este primer encuentro, entregué a cada estudiante el documento del consentimiento informado para que tuviese la libertad de leerlo y la autonomía de participar y que me lo devolviese cuando él/ella lo considerase. Además de este documento, procuraba pedirles su consentimiento verbal para el registro de notas o el acompañamiento en el aula o en la práctica clínica.

---

<sup>70</sup> Los nombres de las/os participantes han sido cambiados por nombres ficticios.

Rescato una cita textual que hice en mi diario metodológico del segundo contacto con este primer grupo de estudiantes:

*“Percibí en las/os estudiantes cierta sensación de extrañeza por participar en el estudio y perplejidad respecto a cómo lo recibirían las enfermeras del hospital. Estaban atentos, en silencio, reconozco que la sensación de extrañamiento era bilateral, (...) Aura preguntó respecto a cuál sería el papel de ellos y ellas y en qué consistirían la observación y la entrevista. La profesora Blanca me pide que amplíe más en la metodología. Profundicé en aquellas cuestiones buscando la claridad y comprensión de la participación en el estudio. (...) La experiencia de ayer con los/as estudiantes "comienza como casi todo en la vida: a partir de un encuentro inesperado, no planificado, no urdido; se detiene, luego en la hondura de una conversación; marca, enseguida, el abismo de una pretensión de investigación equívoca y culmina en la única posibilidad que la experiencia parece permitir: intentar narrar lo inefable, tratar de pronunciar lo indecible”(Skliar, 2010: 136)’.” (Diario metodológico II, marzo 24 de 2011, p. 97-98)*

Con los/as estudiantes del segundo grupo tuve el primer contacto tras la sesión de acogida del hospital a éstos/as, pude realizar una breve presentación del proyecto y entregar un resumen del mismo; debido a que era el primer día de sus prácticas clínicas y que las/os estudiantes serían presentadas a cada enfermero/a tutor/a por la profesora asociada, se decidió que en el seminario de la asignatura ampliaría la explicación del proyecto y aclararía sus inquietudes respecto a la participación. En la segunda reunión con las estudiantes tuve la ocasión de presentarles más ampliamente los intereses y objetivos del estudio y la metodología de trabajo, previamente habían leído el resumen del mismo, lo que facilitó que plantearan preguntas respecto a cómo realizaría las observaciones, en concreto en el hospital, y las entrevistas. Cabe resaltar que la profesora Blanca cumplió un papel importante, en todo momento mostró su disposición a participar en el estudio y quien explicó a los estudiantes el desarrollo de las observaciones con el anterior grupo, también les recomendó que me enviaran sus diarios reflexivos por vía e-mail. Considero que la relación de confianza construida entre profesora asociada e investigadora fue vital para el desarrollo del estudio y la puerta de entrada para que los/as estudiantes aceptaran participar. No obstante, conviene explicar que en ningún momento se les forzó y desde el

principio les aclaré que no aceptar participar en el estudio no tendría repercusión alguna en la relación con su profesora o en su expediente académico. De igual manera que con el grupo anterior dejé que el consentimiento informado fuera leído y que me lo retornasen en caso de aceptar participar cuando lo consideraran. En general, las/os estudiantes lo entregaban o en el tercer o cuarto encuentro, de este modo, tenían libertad y autonomía para leerlo y tomar su decisión. Nunca se forzó a que se firmara el consentimiento informado o que lo hicieran el mismo día de la presentación del proyecto de tesis.

### **5.5 La entrada al escenario: La recogida de información**

La recogida de la información, como mencioné anteriormente, se realizó en dos grupos de estudiantes y en período de tiempo distintos. Mi participación como investigadora se estructuró a partir de las actividades cotidianas que realizaban las estudiantes en el aula (en los seminarios) y en la práctica clínica.

Durante los meses de marzo a junio de 2011 realicé observaciones no participantes en el seminario de la asignatura Practicum Hospitalario II en un grupo de cinco (5) estudiantes, que tenía lugar los martes de 17 a 19 h. Al finalizar procuraba indagar en los estudiantes sobre aquellas cuestiones que emergían de las observaciones en el aula y sobre sus experiencias vividas en el prácticum, estas conversaciones informales con las/os estudiantes fueron muy útiles para acercarme a sus preocupaciones, sensaciones y significados entorno a su práctica clínica. De igual manera, entablaba conversaciones con la profesora asociada sobre los significados de su acción pedagógica. Las observaciones y las conversaciones fueron pistas de gran valor fenomenológico para conducir las entrevistas en profundidad semiestructuradas, las cuales



realicé durante el mes de junio a cada estudiante y a la profesora. En el caso de Rosa consideré importante realizar dos entrevistas en profundidad<sup>71</sup>.

Durante los meses de octubre de 2011 a enero de 2012, continué con las observaciones no participantes en el seminario de la asignatura Estados Clínicos II, en un grupo de seis (6) estudiantes y con la misma profesora, los martes de 15 a 17 h. En esta segunda fase de recogida de datos me trasladé al ámbito hospitalario, por tanto, durante este período realicé la observación de *cerca* a las estudiantes en sus prácticas clínicas. Éstas tenían una intensidad horaria diaria de 7 horas, de martes a viernes de 14 h a 21 h. Por tanto, la observación la realicé en tres plantas de hospitalización en un hospital universitario de tercer nivel, en la jornada de la tarde y procuraba observar los cuatro días de la práctica clínica. La duración de cada observación osciló de 1 a 5 horas por estudiante y unidad. De igual manera que en el grupo anterior, efectué para cada estudiante y profesora una entrevista semiestructurada en profundidad, las cuales realicé en la etapa final del prácticum clínico, es decir, en las últimas semanas del mes de enero y la primera semana de febrero de 2012.

Durante mi estancia en el escenario hospitalario utilicé como estrategias de recogida de datos la observación como participante (*o de cerca*), las conversaciones informales, las entrevistas semiestructuradas, los diarios reflexivos de las estudiantes y los diarios de campo y metodológico que como investigadora llevaba.

Toda la información recogida quedó registrada en mis diarios de campo, metodológico y de impresiones postentrevistas, en cinta magnetofónica y en video (en el caso de los seminarios). Esa información, una vez transcrita, fue devuelta a estudiantes, profesora y enfermero para su revisión y validación. Las grabaciones audiovisuales no se emplearon hasta que como investigadora sentí que había desarrollado cierto nivel de confianza (*o rapport*) con estudiantes y

---

<sup>71</sup> Realizadas los días 16 de junio y 15 de julio de 2011.

profesora, pese a su consentimiento informado por escrito. En general solicitaba la autorización verbal y consentimiento para grabar.

### **5.5.1 Observación no participante en los seminarios.**

La observación que realicé en los seminarios de la asignatura, desarrollados en un aula de la escuela de enfermería, fue de tipo *no participante*. A través de ella fue posible percibir de manera directa la acción pedagógica entre estudiantes y profesora en un contexto particular. En esta observación como investigadora asumí el rol de observadora total, con el objeto de no distorsionar la dinámica del aula. Cabe aclarar que en todo momento estudiantes y profesora tenían conocimiento de mi existencia en el aula y el sentido de mi observación y registro de notas.

La observación no participante en los seminarios se realizó en dos momentos, con el primer grupo de marzo a junio de 2011, y con el segundo de octubre 2011 a enero de 2012. En el primero realicé diez (10) observaciones en el aula y en el segundo doce (12), cada sesión tuvo una duración de dos (2) horas. Hubo un total de 44 horas de observación registradas.

Mi ubicación dentro de las aulas era variable, aunque siempre procuraba situarme donde tuviese mejor visión de las interacciones entre estudiantes y profesora. Cabe mencionar que en ningún momento alteré la dinámica de los seminarios.

Por otro lado, para el registro de notas empleé diferentes diarios: metodológico, de campo, personal, de registro de impresiones post entrevistas, el cuaderno de materiales teóricos (CMT) (Valles, 2002). Instrumentos que fueron esenciales en todo el trabajo de campo y que serán detallados en el apartado de materiales escritos del presente capítulo.

Las notas de la observación (registradas en el diario de campo) de los seminarios fueron transcritas de manera inmediata a un documento en el programa Word, en una tabla diseñada para las observaciones (ver anexo 7). Esta transcripción de las notas de observación al documento en Word fue a su vez complementada por los registros que había elaborado en torno a la observación en el diario metodológico.

Cabe mencionar que la mayoría de las observaciones de los seminarios fueron grabadas en video, una vez que había logrado el suficiente *rapport* con los participantes y que éstos habían autorizado el uso de este medio audiovisual. El objetivo de este recurso en la investigación fue ampliar y dar soporte a las notas de campo tomadas.

#### ***5.5.1.1 Uso de cámara de video.***

La decisión de usar el video como recurso en la investigación se tomó por sus ventajas: la densidad y la permanencia del registro, tal como lo plantea Bottorff (2003). La densidad de los datos, según este autor, es mayor que con otros registros, no obstante afirma que no existe ninguno completo, ni siquiera el video; y la permanencia del registro, hace posible revisar los acontecimientos tan frecuentemente como sea necesario.

La introducción de la cámara de video en el aula no fue inmediata, fue necesario construir una relación de confianza con los/as participantes. Previamente informé sobre los motivos de su uso, garanticé la confidencialidad del vídeo y su uso de manera exclusiva para la investigación, solicité la autorización de su uso mediante un consentimiento informado por escrito, además, adicionalmente solicité la autorización de manera verbal en cada sesión. La entrada de la cámara se efectuó una vez que las/os estudiantes y profesora estaban familiarizados con mi presencia y con la toma de notas en el aula, es decir, que alrededor de la quinta observación (el 4 de mayo de 2011) de los seminarios en el primer grupo de estudiantes y de la sexta observación (el 22 de

noviembre de 2011) del segundo grupo utilicé este recurso audiovisual, y continué grabando en las siguientes sesiones ya que no generaba interferencia en el desarrollo del seminario, finalmente la cámara resultó invisible para las/os estudiantes y profesora. Algunas de sus expresiones fueron: 'ya se me había olvidado que estaba la cámara', 'es como si no estuviera'.

La grabación en video cumplió con el objetivo de la permanencia del registro (Bottorff, 2003). Así, en varias ocasiones pude consultar los acontecimientos, complementar las notas de observación, tener la oportunidad de profundizar en aspectos de la interacción pedagógica que había pasado por alto o no había tenido en cuenta durante la observación, y de deliberar antes de hacer interpretaciones.

En todo momento, garanticé a las estudiantes la confidencialidad, y su uso fundamentado en garantizar la veracidad y un registro de la información fidedigno, el cual pudiera revisar una y otra vez como recurso para la expansión e interpretación de los datos. En total fueron grabados en video cinco (5) seminarios del primer grupo de estudiantes y cinco (5) del segundo, en total 20 horas grabadas.

### **5.5.2 Observación como participante en las prácticas clínicas.**

La observación como participante ha sido, junto con las entrevistas, la principal estrategia de recogida de información, me ha permitido conocer y compartir las experiencias, preocupaciones, sensaciones y expectativas de estudiantes y enfermeras/os relacionadas con sus prácticas clínicas. Fue realizada de octubre de 2011 a enero de 2012 (en total la permanencia en el campo clínico fue de cuatro meses), hasta que se alcanzó la saturación teórica de la información (Strauss & Corbin, 2002), es decir, cuando no se percibía nada nuevo en las observaciones e informaciones de los/as participantes.

Vale la pena destacar que en la etapa de observación de las prácticas clínicas, los/as supervisores/as de enfermería conocían de antemano el proyecto de investigación y mi participación en las plantas de hospitalización. No obstante, procuré presentarme al personal de enfermería de las tres plantas<sup>72</sup>, presentándome como enfermera que realizaba un estudio de observación a las/os estudiantes en sus prácticas clínicas, proporcioné a los/as enfermeros/as tutores/as un resumen del proyecto y solicité su consentimiento verbal en todo momento. En las primeras semanas de observación consideré importante incluir la participación de un enfermero tutor en el estudio, como *informante clave*, quien aceptó participar y dio su autorización a través del consentimiento informado por escrito. Los motivos para solicitar su participación se debieron a que su práctica de tutoría contenía características propias de una práctica reflexiva y pedagógica orientada hacia el estudiante. Considero que mi presencia por el personal fue bien aceptada en términos generales.

Las primeras semanas de observación en la práctica clínica tuvieron un carácter *descriptivo*, en aquel entonces todo era fuente de información: las características físicas y organizacionales de las plantas de hospitalización, las relaciones entre estudiantes y enfermeras/os, la adaptación de las/os estudiantes a las plantas, los primeros acercamientos a la habitación del paciente —como investigadora—, las relaciones que establecían las/os estudiantes con los pacientes.

Estas primeras observaciones en un escenario tan dinámico, incierto y abierto y la participación de diferentes personajes y de manera simultánea me generó cierta perplejidad, en contraste con la observación que venía realizando en el aula, en la cual experimentaba cierta estabilidad. Aquella sensación de perplejidad estaba dada por el hecho de ir detrás de las estudiantes, registrando como *corre-notas* lo que decían y hacían. Algunas reflexiones que condensé en el diario metodológico ilustran lo anterior:

---

<sup>72</sup> Plantas que he denominado: Planta A, Planta B y Planta C. Para garantizar la confidencialidad de los servicios de hospitalización.

*"La mirada algo expectante que he percibido de algunas estudiantes me informan de cierta preocupación por sentirse observadas, algunas me preguntan si tienen o no que hablarme durante la ejecución de los procedimientos, observan mis registros de notas con el soslayo de sus ojos, esto me refleja la incertidumbre y el "extrañamiento" bilateral que existe, tanto para ellas/os como para mí. Actitudes totalmente comprensibles debido a que la observación de cerca a las estudiantes en sus prácticas clínicas adquiere un carácter más singular e individual, a diferencia de la observación en el aula donde el estudiante seguramente no vive tan de cerca y tan particularizada la observación. Por otro lado, estas dos primeras semanas de observación han sido un barómetro para conocer los tiempos y modus operandi de la práctica clínica del estudiante, conocer las relaciones de tutoría establecidas entre estudiantes y enfermeras/os, identificar la estructura organizacional de las unidades, y consecuentemente tomar decisiones sobre tiempos, horarios y relaciones de tutoría o situaciones concretas de observación. Reconozco también que estar inmersa en una aventura de observación como ésta, requiere de cualidades como la paciencia, la espera, la comprensión, este estado inicial de extrañeza, el reconocer que soy una desconocida para ellas/os, y el reconocer de que cada uno y una responde de diversas maneras ante las situaciones nuevas y extrañas. Soy consciente de que el trabajo etnográfico se desarrolla poco a poco y que requiere de cierta osadía para indagar activamente. Procuro integrarme a los equipos de enfermería de las unidades, colaborando con pequeñas actividades que me sean posibles y que estén al alcance durante la propia observación de la práctica clínica del estudiante, de tal manera que mi presencia sea vivida como una más del grupo, aunque soy consciente de que lo máximo que conseguiré es ser una "nativa marginada" (Malinowski, 1993: 15)" (Diario metodológico III, oct. 20 de 2011, p. 107)*

Para aquel entonces, me preguntaba respecto a cómo registrar las notas de campo de manera coherente y precisa, de modo tal que pudiera captar *la singularidad y la esencia* de la práctica clínica del estudiante; cómo profundizar en aquellas actitudes mentales —como la apertura, la escucha, la dinamicidad corporal, entre otras cualidades— y cómo hablar de ellas en el texto sin que pierdan su esencia, su sentido y que no fuesen limitadas a un recuento superficial; cómo desplazarme hacia los estudiantes para comprender sus vivencias y experiencias clínicas; cómo lograr, en otras palabras, llegar al núcleo de las ondas expansivas, aquellas que surgen tras arrojar una piedra en el estanque (Ruiz & Ispizua, 1989). Estas preguntas me ayudaron a orientar la observación a las estudiantes, de manera más individualizada y contextualizada.

Posteriormente la observación fue adoptando un carácter más *focalizado*, a partir de las conjeturas, hipótesis y preguntas, que, en cierta medida, me obligaban a centrarme en aquellos

aspectos relevantes para el fenómeno de estudio. Es así que la toma de decisiones durante la observación tuvo en cuenta la relación pedagógica, la acción clínica de la estudiante, las preguntas de la investigación y los momentos propios e inciertos de la práctica clínica que en ocasiones me llevaban a tomar decisiones in situ, a replantear estrategias de indagación y a focalizar la mirada. En este momento de la observación decidí hacer una observación en profundidad de la relación pedagógica entre la estudiante Irene y el enfermero Jordi, por el carácter dialógico, participativo y pedagógico que percibía en ésta.

No obstante, vale la pena mencionar que no todo sucedía de manera lineal e ideal, como proceso dinámico, abierto y complejo siempre estaba sujeto a contradicciones y tensiones. Una de mis principales preocupaciones era no quedarme atrapada en el “mito del trabajador camaleónico” en perfecta sintonía con su entorno: una maravilla andante de empatía, tacto, paciencia y cosmopolitismo, capaz de escurrirse bajo la piel del nativo y ver el mundo desde sus ojos, ni tampoco quedar atrapada en una metodología sistemática o en el "ser sistemáticamente ciega a las tonalidades distintivas de la experiencia del otro", tal como afirma Geertz (1987). Lo que me llevaba a adoptar con más ahínco una actitud de osadía, suspicacia, flexibilidad y de indagación activa sobre todo aquello que merecía mi atención, cuestionando ¿Qué es esto?, ¿Qué paso allí?

*“Me lanzo a preguntar a la estudiante tan pronto suceden los hechos, pregunto sobre su significado, lo que ella experimenta en aquel momento. Pregunto con más profundidad en el momento del lavado de las manos o en el trayecto hacia el espacio terapéutico<sup>73</sup> luego de salir de alguna habitación. Cuestiono el ¿por qué?, ¿Qué paso?, ¿Cómo lo viviste...?, ¿Cómo te sientes?, ¿De dónde te surgió esa idea? Creo que este sentido de desplazarme hacia el otro/a y preguntar es vital y esencial para profundizar en los significados que la estudiante elabora alrededor de su experiencia clínica. Además creo que fue importante apoyarme en la lectura de Geertz para adoptar dicha actitud de osadía en el campo. También creo que haber cambiado el tipo de cuaderno para el registro de las notas de campo, por aquella pequeña libreta que puedo poner en mi bolsillo del uniforme blanco, me aligera y me permite tomar notas en cualquier momento, incluso en el interior de la habitación, en el mismo*

---

<sup>73</sup> El espacio terapéutico se corresponde al espacio donde el personal de enfermería prepara la medicación, el material para los procedimientos clínicos. En otros contextos es denominado el ‘cuarto limpio’.

*momento del desarrollo de los diálogos, o tras el planteamiento de mis preguntas a las estudiantes.” (Diario metodológico IV, nov. 22 de 2011, p. 37)*

De este carácter focalizado procuré llegar a una observación de carácter más *selectivo* en función de las preguntas de investigación. Esta focalización creciente está en línea con la propuesta por Spradley (1980), citado por Medina (1996).

He de mencionar que en algunos momentos puntuales las estudiantes me solicitaron la colaboración en la asistencia a las personas hospitalizadas, como también que participé como enfermera cuando la situación clínica lo ameritaba o con algún gesto mínimo como atender un timbre, recoger el material de curación, ayudar a cambiar de posición al paciente o sostenerle. En toda situación en la que me encontraba delante de la persona hospitalizada me presenté de manera verbal y no verbal, según la situación lo requiriera. De igual manera, mi presencia fue bien aceptada por las personas hospitalizadas. En definitiva, considero que procuré “hacer poblado”, en el sentido en que Malinoswki (1993) lo expresa:

*Para el etnógrafo significa que su vida en el poblado —en principio una aventura extraña, a veces enojosa, a veces cargada de interés— toma pronto un curso natural mucho más en armonía con la vida que le rodea. (Malinowski, 1993: 26)*

Por último quiero dejar constancia de la sensibilidad que experimenté de nuevo al volver al hospital y entrar en contacto con experiencias existenciales como la enfermedad, el sufrimiento y la muerte del otro/a, una sensibilidad aguda y atenta a la mirada y al rostro de las personas hospitalizadas, miradas en ocasiones ausentes o decaídas, que denotan la vulnerabilidad de la persona que experimenta una situación de enfermedad. Percibí además que el tacto (el acto de tocar a otro/a) es un gesto que sucede con mucha frecuencia en la relación entre el/la enfermero/a y el paciente, como también en la relación entre las propias enfermeras/os (un tacto profesional y afectivo).



En total registré 95 horas de observación de prácticas clínicas de las estudiantes. En la planta A registré cerca de 46 horas, en la planta B cerca de 23,5 horas y en la planta C registré alrededor de 25,5 horas. Sin embargo, he de precisar que la estancia clínica real ha sido superior a las horas de observación mencionadas anteriormente y no se han ceñido únicamente al escenario clínico de la escuela o del hospital. Por ejemplo, tuve la oportunidad de participar junto con las estudiantes en las presentaciones sobre temas de interés en enfermería y sobre la asignatura, tanto en la escuela como en el hospital. Tampoco se han contabilizado los tiempos compartidos en la cafetería o en el *office* durante la merienda, los trayectos de la escuela hacia el hospital o viceversa, o de una unidad a otra, no obstante las conversaciones informales que allí emergían formaban parte del registro de la observación. Cabe decir que la observación también estuvo supeditada a los tiempos de la huelga sanitaria y a las festividades de diciembre, tiempos en los cuales las estudiantes no asistían a la práctica clínica.

### **5.5.3 Conversaciones informales durante y después de la observación clínica.**

Las conversaciones informales las realicé antes y después de la acción clínica de la estudiante (en el pasillo de la unidad, en la pica, en el trayecto hacia otra habitación, o hacia el espacio terapéutico, el *office* o la cafetería) para indagar en las sensaciones, percepciones e interpretaciones más inmediatas de la experiencia clínica. Estas conversaciones me proporcionaban pistas orientadoras para conducir las siguientes observaciones y realizar otro tipo de conversaciones con características similares a la entrevista semiestructurada, al contar con un guion de preguntas abierto y flexible, pero con la diferencia de tener un carácter más hermenéutico, es decir, mantenían la cuestión del significado del fenómeno abierta, y mantenían a su vez, para sí misma y para la persona entrevistada, la orientación hacia aquello que se está indagando, planteando preguntas que propiciaran la reflexión y la autorreflexión de estudiante e investigadora (Gadamer, 2007). Así pues, con estas entrevistas o conversaciones informales

buscaba movilizar a la estudiante para que reflexionara sobre aquellas situaciones clínicas detonantes que había experimentado, y profundizar en los significados que había elaborado alrededor de éstas y el efecto que la situación o experiencia había tenido en su formación clínica. No obstante, vale la pena mencionar que en estas conversaciones estudiante e investigadora nos orientábamos de manera autorreflexiva hacia la situación pedagógica en cuestión y en el interior de la conversación emergían nuevas interpretaciones (Van Manen, 2003).

Estas conversaciones las realizaba generalmente al día siguiente o de manera más inmediata a la situación pedagógica presentada, fueron concretadas junto con la estudiante y realizadas generalmente en la salas de espera de las diferentes plantas de hospitalización, con una duración aproximada de 30 a 45 minutos. Con estas conversaciones pretendía triangular la información recogida, es decir, triangular mis observaciones e interpretaciones con las interpretaciones y vivencias de los propios participantes, en una fusión de horizontes de significado (el de la estudiante, el del enfermero —si fuese el caso— y el de la investigadora). Estas conversaciones fueron un catalizador en la reformulación de conjeturas e hipótesis, en la emergencia y construcción de nuevas ideas y en la profundización de la experiencia del estudiante en relación con las situaciones pedagógicas que experimentaba en su práctica clínica.

Estas conversaciones hermenéuticas fueron grabadas en cinta magnetofónica, transcritas y enviadas a las estudiantes para su validación. En total realicé diez (10) entrevistas de este tipo: dos (2) entrevistas conversacionales a la profesora asociada de prácticas (una para indagar cuestiones relacionadas con la práctica pedagógica con el primer grupo y otra relacionada con la práctica pedagógica del segundo grupo), seis (6) entrevistas conversacionales para cada estudiante y adicionalmente realicé dos (2) segundas entrevistas conversacionales a dos de estas estudiantes. Como mencioné anteriormente la realización de dichas conversaciones fueron realizadas a lo largo de las observaciones de la práctica clínica, adoptaron un carácter emergente y flexible acorde a las situaciones clínicas observadas. En el diseño metodológico no se

encuentran descritas, debido a que la decisión de adoptar este tipo de conversación surgió durante el trabajo de campo clínico.

#### **5.5.4 Entrevistas en profundidad.**

Las entrevistas en profundidad fueron realizadas con el primer grupo de estudiantes casi al finalizar la práctica clínica en la asignatura Practicum Hospitalario II. En total se realizaron siete, una a la profesora y cinco a los/as estudiantes, una a cada uno/a, y adicionalmente se realizó una segunda a una de las estudiantes. Con el segundo grupo se realizaron al finalizar la práctica clínica en la asignatura Estados Clínicos II. En este caso se realizaron en total siete, seis a los estudiantes, una a cada uno/a, y una al enfermero tutor. Entre los dos grupos sumaron catorce entrevistas en total.

Con las entrevistas pretendía analizar en profundidad e intentar comprender los significados que las/os estudiantes y el enfermero atribuían a las acciones clínicas y situaciones pedagógicas que había observado en la práctica clínica. Fue también el momento idóneo para solicitar aclaraciones y matizaciones respecto a alguna de las interpretaciones que habían emergido en las conversaciones informales que previamente habíamos mantenido con la estudiante.

No obstante, vale la pena mencionar que la realización de dichas entrevistas supuso para mí un aprendizaje como investigadora cualitativa novel. Percibí diferencias y distinciones cualitativas en las entrevistas en profundidad realizadas en el segundo grupo de estudiantes respecto al primero.

Por ejemplo, las primeras entrevistas realizadas (en concreto con los estudiantes del primer grupo) me dejaban con la sensación de que el planteamiento de las preguntas resultaban para el estudiante 'algo' abstractas, generales y poco concretas respecto a su experiencia clínica, lo que dificultaba el carácter conversacional en las entrevistas a algunos estudiantes. Esto puede deberse

entre otras cosas, a que con este primer grupo de estudiantes no realicé la observación en su práctica clínica. Estas sensaciones y percepciones fueron registradas en el diario destinado exclusivamente para ello y que denominé registro de impresiones postentrevistas<sup>74</sup>. Material que a posteriori me permitía reflexionar sobre la manera en que conducía dichas entrevistas, aprender de mis fallos y también reconocer mis aciertos. En la siguiente reflexión realizada en el memo metodológico<sup>75</sup> *Entrevistas en profundidad*, ilustro lo anterior:

*“Respecto al planteamiento/formulación de las preguntas de la entrevista. Revisando mi diario de registro de impresiones y observaciones de Entrevistas, observo que en las entrevistas con Daniel y Esteban, por ejemplo, el planteamiento de mis preguntas no eran lo suficientemente claras y comprensibles para el/la estudiante, al estar formuladas en un lenguaje abstracto y con una dimensión muy amplia -muy vaga-, lo que no facilitaba naturalidad y espontaneidad a la entrevista, como por ejemplo, preguntas del tipo “¿cómo valoras que va siendo tu formación como enfermero?”..., lo que se evidenciaba cuando el estudiante me respondía con preguntas como: ‘¿Tengo que decirte algo de los tutores, de los enfermeros que he tenido como profesores o algo?’, ‘a qué te refieres exactamente’, ‘ya me perdí un poco por la pregunta’, ‘no entiendo bien la pregunta’. Una vez observada la ininteligibilidad de mis preguntas, en algunos momentos encontraba difícil replantear la pregunta y orientarla de tal modo que fuera comprensible y pertinente para el estudiante. De ahí que las entrevistas con Esteban y Daniel se desarrollaran con un lenguaje pausado y con marcados momentos de silencio.”* (Memo metodológico “Entrevistas en profundidad”, marzo 22 de 2012)

La anterior situación generaba momentos de quiebre en la entrevista y dificultad para tirar del hilo respecto a la experiencia o a aquello que al estudiante genuinamente le preocupaba:

*“Me he quedado con la sensación de que no supe como tirar del hilo, desde lo que realmente le preocupaba a él, no percibí claramente en aquel momento esa necesidad de desahogo que entrelíneas me revelaba, (...), tal vez por cierta prudencia que me lleva a tener tacto respecto a qué, cómo y hasta donde indagar al otro.”* (Diario de impresiones postentrevistas, junio 14 de 2011, pág.7)

---

<sup>74</sup> En el anexo 11, presento algunos ejemplos de dichos registros de impresiones postentrevistas.

<sup>75</sup> Otro registro escrito que empleé en la investigación fueron los memos (interpretativos, metodológicos, teórico y de reflexión personal) que estructuré en el programa de Atlas-ti. Estos memos facilitaron la organización de la información recogida en el campo y la emergencia de nuevas reflexiones e interpretaciones al releer una y otra vez la información registrada en los diarios de la investigación. Por otro lado, la decisión de emplear estos memos emergió durante la recogida de datos y una vez aprendí las herramientas del programa Atlas-ti.

Posteriormente fui consciente de que en estas primeras experiencias al entrevistar, e incluso al observar, experimenté cierta *prudencia* con el/la estudiante, respecto a cómo lo experimentaría si fuese ese otro/a (en otras palabras, me ponía en el lugar del otro/a), lo que me llevaba a adoptar una actitud de tacto y prudencia delante del relato del estudiante. Sin embargo, esta prudencia a la vez me generaba cierta dificultad para desplazarme a la experiencia del otro/a, temía traspasar mi límite como investigadora (por aquel entonces estaba muy influenciada por la neutralidad emocional —objetividad— y sistematicidad propia de ese hacer racional técnico e investigar de manera científico-positivista), más cuando algunos estudiantes me expresaban con suma confianza aspectos personales y familiares. Fue una cuestión que pude entender gracias a la experiencia y a las reflexiones del profesor Medina, quien como director del trabajo me ayudó a percibir la entrevista *como una conversación humana, dialógica, espontánea y sensible entre un yo y un tú*.

Como ya he mencionado, la modalidad de la entrevista seleccionada fue la entrevista semi-estructurada por su carácter flexible, abierto y dialogado en profundidad. Los guiones de la entrevista los elaboré de manera individualizada para cada participante del estudio a partir de la información recogida en la observación no participante y como participante, las conversaciones informales y los diarios reflexivos de las estudiantes (ver anexos 8, 9 y 10). Sin embargo, cada entrevista se estructuraba acorde a los patrones temáticos (o dimensiones) que habían emergido del análisis preliminar de la información obtenida durante la observación como temas relevantes para las preguntas de investigación: la relación pedagógica, la experiencia vivida (y significados atribuidos) del y de la estudiante de enfermería al entrar en relación y cuidar a una persona hospitalizada; el desarrollo de su práctica reflexiva y razonamiento clínico y los significados que atribuye respecto al ser estudiante.

De cara a facilitar el desarrollo de las entrevistas y que no interfiriesen en las actividades clínicas o extraacadémicas de las estudiantes, concerté dichas entrevistas respetando sus

preferencias en cuanto a fecha, hora y lugar, de modo tal que no se forzara el desarrollo de la misma. Procuré que el espacio elegido favoreciera condiciones de privacidad, intimidad y tranquilidad para el desarrollo de la entrevista, para ello la escuela de enfermería facilitó un aula, aunque algunas estudiantes prefirieron que fuese realizada en la misma unidad de hospitalización y una de ellas prefirió que fuese realizada fuera de la escuela y del hospital.

Las entrevistas con el segundo grupo de estudiantes, al realizarse después de la observación en sus prácticas clínicas, adquirieron un rasgo cualitativo más singular y concreto respecto a situaciones pedagógicas (clínicas) experimentadas en la práctica.

En las entrevistas trataba de captar cómo las estudiantes vivían o experimentaban aquellas situaciones pedagógicas que se les presentaban en su práctica clínica. Sin embargo, también era consciente del quiebre ontológico entre la vivencia vivida y la vivencia mirada, que plantea Rodríguez (2004), citado en Medina et al. (2008), como también que la reconstrucción de la vivencia puede darse a través de categorías distorsionantes. Sin duda el poseer la información procedente de la observación no participante o como participante, de entrevistas con otros participantes —enfermero, profesora, estudiantes— respecto a la situación pedagógica en sí, y de las propias conjeturas, hipótesis e interpretaciones que como investigadora iba construyendo alrededor de ésta, me ayudó a entablar un diálogo hermenéutico entre la perspectiva individual (la perspectiva Emic de las/os participantes y la perspectiva Etic de la investigadora) y el fenómeno en sí —la situación pedagógica en sí—, lo que me ayudó a contrastar críticamente la validez fáctica de las narraciones que los/las participantes realizaban.

Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas literalmente por la investigadora. La duración media de cada una fue de aproximadamente dos horas. Las transcripciones literales fueron devueltas a las estudiantes, enfermero y profesora para su revisión y validación, cuyas notas se focalizaron en cuestión de estilo y no de contenido. Y cuando necesité pedir ampliar alguna idea o noción a las participantes, contacté a las estudiantes por vía e-mail, quienes

accedieron a ampliar éstas, situación que sucedió en sólo dos ocasiones. Vale la pena mencionar que una vez finalizada la entrevista, el registro de impresiones postentrevista fue realizado de forma inmediata tras su realización, tal como recomienda Valles (2002). Para Taylor y Bogdan (1987), este registro de impresiones y observaciones ayuda tanto a guiar entrevistas futuras como a proporcionar marcos de referencia en la interpretación de los datos a posteriori.

La transcripción de las entrevistas y conversaciones fue un trabajo intenso y extenso, pero importante para el propio análisis de la información, a medida que realizaba la transcripción de éstas, realizaba notas de carácter interpretativo o preguntas en el diario de impresiones post-entrevistas, las cuales fueron una fuente de gran valor para el análisis de este material y la autorreflexión del proceso de formación como investigadora. Adicionalmente la transcripción fue un momento para revivir la entrevista, para dar cuenta de los silencios, de los tonos de voz, del lenguaje empleado y de las pausas, lo cual consigné en la transcripción de las entrevistas.

#### **5.5.5 Materiales escritos.**

Otra fuente de recogida de datos la constituyeron los materiales escritos, como por ejemplo los diarios reflexivos que las estudiantes llevaban en su práctica clínica. El objetivo de éstos era motivar al estudiante a reflexionar sobre aspectos y situaciones vividas en su práctica clínica en relación con la unidad de hospitalización, la relación con el personal de enfermería y en concreto con enfermero/a tutor/a, la relación con el paciente, con procedimientos o conocimientos clínicos y sobre su aprendizaje clínico. Cada estudiante durante su prácticum clínico realizaba alrededor de diez diarios reflexivos que entregaba semanalmente y posteriormente cada quincena a la profesora asociada, cada uno constaba alrededor de uno o dos folios. Los diarios reflexivos analizados correspondieron tanto a los diarios de las estudiantes del primer grupo como del segundo grupo. En términos generales las estudiantes no tuvieron inconveniente en facilitarme los diarios reflexivos, exceptuando una que en un primer momento mantuvo cierta resistencia,

pero una vez establecido el *rapport* suficiente entre estudiante e investigadora accedió a facilitarlos de manera voluntaria. En ningún momento forcé a las estudiantes para ello, todo lo contrario permití que tuvieran la autonomía de enviármelos en la fecha y momento que ellas consideraran.

Otro material escrito fueron los planes de cuidado (PAEs) que realizaban las estudiantes. Los cuales fueron solicitados de manera puntual para aclarar algún aspecto de la presentación de los casos clínicos, y en concreto su análisis estuvo más orientado a la valoración física y razonamiento clínico que las estudiantes realizaban sobre los datos recogidos en la valoración.

Otro tipo de materiales escritos considerados en la investigación fueron los documentos oficiales: plan curricular del grado, plan docente de la asignatura y de normativa institucional hospitalaria.

Finalmente otra fuente de materiales escritos fueron los diarios que como investigadora mantuve durante el proceso: el diario metodológico, de campo, personal, el cuaderno de materiales teóricos (CMT) (Valles, 2002), el diario de registro de impresiones postentrevistas. El *diario metodológico* condensó el desarrollo de la tesis doctoral —su historia natural<sup>76</sup>—, las decisiones metodológicas (operativas) adoptadas en el trabajo de campo, dificultades encontradas y soluciones adoptadas, descripción cronológica, reformulación de las preguntas de investigaciones, conjeturas, hipótesis e interpretaciones emergentes y lecturas, registros de impresiones y reflexiones postobservación de seminarios y prácticas clínicas y reflexiones metodológicas pertinentes para el trabajo de campo tras la lectura de literatura metodológica. En total requerí de cuatro (I-IV) diarios metodológicos.

El diario de campo estuvo destinado al registro de las notas de observación —*observaciones in vivo*—. El diario de registro postentrevistas lo empleé para registrar aquellas impresiones,

---

<sup>76</sup> Algunos autores le llaman Libro de protocolo (Ruiz & Ispizua, 1989)



percepciones y reflexiones posteriores a las entrevistas en profundidad. El cuaderno de materiales teóricos consignó la revisión bibliográfica de la literatura. En el diario personal consigné mis sensaciones y reflexiones propias respecto a *lo que me pasa* durante el trabajo de campo, una indagación hacia mi propia mirada y subjetividad como investigadora.

Los diarios fueron organizados cronológicamente, sus páginas enumeradas y contaban con una columna a la izquierda para resaltar aquellas notas y reflexiones más relevantes.

A éstos se suman los memos (interpretativos, metodológicos, teóricos y de reflexión personal), cuya intención fue la de expandir las reflexiones y conjeturas elaboradas en los diarios de manera más reflexiva y analítica. Estos memos constituyeron otra fuente de información, tal como señalan Strauss y Corbin (2002), fueron realizados en el programa Atlas ti, a continuación presento algunos ejemplos de éstos:

**“NM, 15/03/2011, Codificación”**: donde “NM” significa memo metodológico, seguido de la fecha de inicio del memo y titulado acorde a su contenido.

**“NI, 21/06/2012, Estar por mí”**: donde “NI” significa memo interpretativo (de la categoría *estar por mí*), fecha de inicio del memo y titulado acorde a su contenido.

**“NT, 17/03/2012, Pedagogía narrativa”**: donde “NT” significa memo teórico, fecha de inicio y titulado acorde a su contenido.

## **5.6 Rigor metodológico y credibilidad en la investigación**

Los criterios de racionalidad que se usaron para elaborar y legitimar el conocimiento emergente fueron: la *Credibilidad* (paralelo a la validez interna en la investigación de corte positivista), la *Transferibilidad* (paralelo a la aplicabilidad o validez externa) y *Confirmabilidad* (paralelo a la objetividad) (Latorre et al., 2003: 216-220).

### **5.6.1 Credibilidad.**

La credibilidad trata de responder a la cuestión de si los hallazgos obtenidos en la investigación se corresponden con la realidad de los fenómenos y son reconocidos como creíbles por los participantes o personas que hayan tenido algún acercamiento al fenómeno estudiado (Medina, 1996). Las estrategias que he seguido para asegurar la credibilidad de los datos han sido: estancia prolongada en el campo, observación persistente, triangulación (de métodos, de participantes e investigador/a, con director de tesis), corroboración estructural y adecuación referencial.

#### *Estancia prolongada en el campo y observación persistente*

Este fue uno de los principales retos de la investigación, mantener un largo período de permanencia en el lugar donde sucediesen los fenómenos de estudio. En este sentido la permanencia en el campo hospitalario fue de cuatro meses (de octubre de 2011 a enero de 2012) y en el aula fue de siete meses (de marzo a junio de 2011 y de octubre de 2011 a enero de 2012). Esta permanencia prolongada buscó, por un lado, conseguir las mayores cotas de naturalidad y espontaneidad en los participantes y, por otro, la inmersión como investigadora en la realidad hospitalaria para dar cuenta de las situaciones pedagógicas y experiencias clínicas del estudiante y comprender los significados que éste construye alrededor de su formación clínica.

Pero además de la estancia prolongada en el campo, fue necesario una observación continuada y persistente (Guba & Lincoln, 1989). Durante los cuatro meses de observaciones en el campo clínico se registraron cerca de 95 horas de observación documentadas, y durante los siete meses de observación en el aula se registraron cerca de 44 horas de observación, lo que me ha permitido distinguir y reconocer aquellas situaciones pedagógicas *relevantes* para los intereses de la investigación.

*Triangulación (de métodos y de participantes e investigadora)*

Para alcanzar los significados que las acciones y fenómenos observados tienen para los participantes, tuve en cuenta dos modalidades de triangulación: la triangulación de métodos y la triangulación de participantes e investigadora.

La triangulación de métodos se concretó en la combinación de varias estrategias metodológicas para la recogida de información: la observación (no participante y como participante), las conversaciones (informales y semiestructuradas), las entrevistas (en profundidad), los diarios reflexivos y los PAEs de las estudiantes. Esta triangulación plurimetodológica facilitó captar en profundidad la variabilidad de los fenómenos estudiados e identificar coincidencias y contradicciones de la información.

La triangulación de participantes e investigadora, se utilizó para contrastar la opinión de los participantes respecto a una situación pedagógica en concreto, como también para validar, contrastar y negociar mis interpretaciones como investigadora con los significados e interpretaciones de los participantes. Durante el proceso de recogida de información la comprobación de los significados de los/as participantes se desarrolló a través de las conversaciones informales antes y después de la situación pedagógica en cuestión. Por otro lado, los/as estudiantes, profesora asociada y enfermero tuvieron la oportunidad de leer la transcripción completa de las entrevistas y conversaciones realizadas y validar o modificar su contenido. De igual manera, se contrastó con los participantes el sentido general asignado a los resultados. Esta triangulación se alcanzó con la revisión del material recogido en las sesiones de tutoría con el director de la tesis, que en su calidad de experto validó y aportó cuestionamientos, interpretaciones y orientaciones pertinentes para el desarrollo teórico conceptual e interpretativo de los datos.

*Corroboración estructural y adecuación referencial*

Ésta hace referencia a la coherencia estructural (coherencia interna) de los resultados con los referentes conceptuales y metodológicos de la investigación. Para tratar de dar sentido y coherencia interna a los datos me he decantado por el método de comparaciones constantes de Strauss y Corbin (1967), ya que éste permite la generación de conclusiones y resultados de manera sistemática, consistente, plausible y cercana a los datos. En este sentido, a medida que avanzaba en las interpretaciones, procuraba acompañarlas de los hechos o situaciones pedagógicas en sí. Las situaciones pedagógicas observadas y documentadas se encuentran en el apartado de anexos (ver anexo 12).

**5.6.2 Transferibilidad.**

La transferibilidad en la investigación interpretativa se alcanza con descripciones densas y minuciosas de los fenómenos observados y con muestreos teóricos. En cuanto al primer requisito he intentado hacer una descripción minuciosa del fenómeno estudiado, resultados que considero podrán ser útiles para la formación clínica en enfermería. No obstante, vale la pena aclarar que el presente estudio no pretende generalizar o aplicar los resultados de sus hallazgos a otros contextos. En este sentido, la principal preocupación ha sido la comprensión y profundización de la experiencia del estudiante en su práctica clínica.

En lo que se refiere al muestreo teórico cabe señalar que a medida que avanzaba la recogida de datos focalicé la atención en aquellos participantes *clave* (estudiantes, enfermero y profesora) y situaciones pedagógicas *relevantes* que ofrecían la información más pertinente para las preguntas de investigación.

### **5.6.3 Confirmabilidad.**

La confirmabilidad está dada por la transparencia del análisis de los datos. En el presente estudio la realización de memos metodológicos (en el atlas ti) —como codificación, trabajo de campo hospitalario, preguntas de investigación, entrevistas en profundidad, primeros contactos con estudiantes, entre otros— tuvo el objetivo de recoger las reflexiones, replanteamientos e interpretaciones emergentes durante el trabajo del campo y las estrategias y decisiones adoptadas en la etapa de análisis *intenso*. Este registro de memos metodológicos constituye una fuente de auditoría que permite la comprobación externa de otros investigadores a modo de pistas de revisión, junto con la transcripción en su totalidad de conversaciones, entrevistas y observaciones.

### **5.7 Proceso de análisis y comprensión de los datos en el devenir de la investigación**

Antes de describir cómo se ha realizado el proceso de análisis de datos, quiero aclarar que éste se ha desarrollado de manera simultánea a la recogida de la información y de manera transversal en todo el proceso investigativo, desde el principio al final, incluso en la fase de diseño del proyecto. Por este motivo, en el presente estudio, el análisis se configura como un apartado más del trabajo de campo. Asimismo, este proceso no se ha desarrollado de manera lineal ni constituyó la última fase del trabajo de campo, la secuencialidad lineal con que lo presento no se corresponde de modo unívoco al proceso circular y dialéctico que en realidad he llevado a cabo.

Mi reflexión sobre el análisis de la información es que ha sido un proceso *artesanal*, tomando la noción de oficio de Sennett (2003), no sólo obedeció a la aplicación de procedimientos o herramientas analíticas y reflexivas, sino que en todo el proceso puse en juego la sensibilidad fenomenológica, creatividad, intuición e imaginación propia. Por otro lado, el hecho de conocer el contexto hospitalario y su dinámica, el haber trabajado como profesora de prácticas clínicas de estudiantes y que los principales intereses y preguntas de la investigación estuviesen en estrecho

vínculo con mi *experiencia* personal y profesional fue una ventaja al iniciar la investigación, debido a que podía moverme con soltura en el medio y focalizar el análisis hacia aquellos fenómenos que resultaban *relevantes* para el estudio.

Como mencioné en el capítulo anterior, para el análisis de la información se han seguido los lineamientos del método de las comparaciones constantes planteados por Strauss y Corbin (2002), debido a que éste permite el desarrollo de conceptualizaciones de forma inductiva y la generación de conclusiones y resultados de manera sistemática, consistente, plausible y cercana a los datos.

En el proceso que he seguido para el análisis de la información recogida pueden distinguirse dos niveles de análisis diferentes. El primero de ellos revela el análisis simultáneo a la recogida de la información; el segundo se corresponde al análisis *intenso* (Valles, 2002) de la información con sus etapas correspondientes: la codificación abierta (segmentación y codificación de unidades de significado), la codificación axial (identificación de los temas principales o núcleos temáticos emergentes) acercándome a un nivel más conceptual y, por último, la codificación selectiva (integración e interpretación de los resultados en ejes cualitativos).

1. Análisis *in vivo* durante la recogida de la información
2. Análisis *intenso* de la información:
  - a) Codificación abierta: Categorización de unidades de significado
  - b) Codificación axial: Reagrupación en núcleos temáticos
  - c) Codificación selectiva: Identificación de ejes cualitativos

Estos niveles de análisis no son cuatro momentos diferenciados del proceso analítico sino más bien diferentes operaciones sobre el corpus de datos que constituyen un solo proceso recurrente, inductivo-deductivo, dialéctico y creativo. En este proceso he realizado una descomposición inicial de datos desde una perspectiva *Emic* (interpretaciones de primer orden, en palabras de

Geertz, 1987) y una reconstrucción interpretativa desde una perspectiva *Etic*. Ha sido un movimiento interactivo y dialógico entre inducción y deducción, entre la perspectiva *Emic* — significados subjetivos de las/os participantes— y la perspectiva *Etic* —marcos teórico-conceptuales propios— en diálogo con la tradición, en este caso, la formación clínica del estudiante de enfermería. Este movimiento dialéctico que va constantemente del todo a sus partes y viceversa en círculos concéntricos (a manera de bucle), acorde al planteamiento del círculo hermenéutico de Gadamer (2007), fue el que atravesó todo el proceso de análisis.

### **5.7.1 Organización de la información y sistemas de notación.**

Para el desarrollo del proceso analítico, organicé la información en el programa informático Atlas ti versión 6, el cual utilicé de manera exclusiva para los procesos de almacenamiento, codificación, recuperación y reagrupación de los datos y en ningún momento con la intención de sustituir la sensibilidad fenomenológica y los procesos cognitivos de tipo reflexivo y analítico de la investigadora. La información la organicé en 7 documentos primarios:

1. *Diarios y observaciones Grupo I.txt*
2. *Entrevistas Grupo I. txt*
3. *Diarios y observaciones Grupo II.txt*
4. *Entrevistas Grupo II. txt*
5. *Fragmento de audio Entrevista Rosa*
6. *Fragmento de audio Entrevista Irene*
7. *PAE Sonia.pdf*

El sistema de notación que he utilizado en el estudio para identificar las notas fue:

**Tabla 1.** Sistema de Notación

<b>Códigos</b>	<b>Significado personal</b>
NO (Notas de la Observación)	Notas descriptivas de las acciones y situaciones observadas.
NT (Notas teóricas)	Notas que contienen interpretaciones y planteamientos que han sido elaborados desde la teoría y/o desde algún autor que tiene relación con las situaciones observadas.
NI (Notas interpretativas)	Interpretaciones y significados personales que elaboré alrededor de las notas de observación.
NM (Notas Metodológicas)	Notas que hacen alusión a decisiones metodológicas, estrategias de indagación, cuestiones a profundizar, crítica de mis tácticas y recordatorios.
RP (Reflexiones personales)	Notas que hacen alusión a sensaciones, percepciones, autoobservación y reflexiones personales en el interior del proceso investigador
“ ”	Expresión textual de los/as participantes del estudio.
‘ ’	Expresión no textual de los/as participantes del estudio, en el que empleo mis propias palabras para transcribir aquello que se decía o expresaba.
[ ]	Pensamientos, sentimientos, interpretaciones y aclaraciones personales de la investigadora (suposiciones, hipótesis y especulaciones) en el interior de la situación observada.

El sistema de notación utilizado en el informe de investigación para identificar los fragmentos de textos (o unidades de significado) de las transcripciones de las observaciones, conversaciones, entrevistas y diarios se estructuró así:

**Conversaciones (C1, Est Rosa, 2:50):** donde ‘C’ significa conversación, 1 significa el **Estudiantes** número de la conversación, ‘Est Rosa’ significa estudiante y nombre ficticio —Rosa—<sup>77</sup> y ‘2:50’ corresponde a la Quotation, es decir al número del documento primario, en este caso al N° 2 y seguido de dos puntos la

<sup>77</sup> Los nombres de las estudiantes, enfermero y profesora han sido cambiados en todo el sistema de notación por nombres ficticios para garantizar la confidencialidad y privacidad.



unidad de significado '50' que ha sido asignada por el programa Atlas ti.

**Entrevista  
Estudiantes**

**(E2, Est Rosa, 2:60):** donde 'E' significa entrevista, 2 significa el número de la entrevista, 'Est Rosa' significa estudiante y nombre y '2:60' corresponde a la Quotation [N° documento primario: unidad de significado].

**Entrevista  
Profesora**

**(E1, Prof. Blanca, 2:70):** donde 'E' significa entrevista, 1 significa el número de la entrevista, 'Prof. Blanca' significa profesora y nombre ficticio y '2:70' corresponde a la Quotation [N° documento primario: unidad de significado].

**Entrevista Tutor**

**(E, Enf Jordi, 2:80):** donde 'E' significa entrevista (en este caso no va numerada al corresponder a entrevista con el enfermero tutor, a quien realicé una entrevista en profundidad), 'Enf Jordi' significa Enfermero y nombre ficticio y '2:80' corresponde a la Quotation [N° documento primario: unidad de significado].

**Observaciones  
Seminarios**

**(OS, Grupo II, 1:20):** donde 'OS' significa observación de seminarios, 'Grupo II' significa el grupo de estudiantes observados y '1:20' significa la Quotation [N° documento primario: unidad de significado].

**Observaciones  
práctica clínica  
Planta A**

**(O8 PA, Est Irene, 3:10):** donde 'O' significa observación, '8' significa el número de la observación, 'PA' significa planta A, 'Est Irene' significa estudiante y nombre ficticio y '3:10' se corresponde a la Quotation [N° documento primario: unidad de significado].

**Observaciones  
práctica clínica  
Planta B**

**(O6 PB, Est Carla, 3:50):** donde 'O' significa observación, '6' significa el número de la observación, 'PB' significa planta B, 'Est Carla' significa estudiante y nombre ficticio y '3:50' se corresponde a la Quotation [N° documento primario: unidad de significado].

<b>Observaciones práctica clínica Planta C</b>	<b>(O5 PC, Est Rosa 3:80):</b> donde ‘O’ significa observación, ‘5’ significa el número de la observación, ‘PC’ significa planta C, ‘Est Rosa’ significa estudiante y nombre ficticio y ‘3:80’ se corresponde a la Quotation [Nº documento primario: unidad de significado].
<b>Diarios de estudiantes</b>	<b>(D1, Est Aura, 1:150):</b> donde ‘D’ significa diario, ‘1’ significa el número del diario, ‘Est Aura’ significa estudiante y nombre ficticio y ‘1:150’ se corresponde a la Quotation [Nº documento primario: unidad de significado].

Esta notación para la identificación de los fragmentos de texto, se justifica, acorde con Medina (1996), por la necesidad de generar “pistas de revisión” de cara a la necesaria “adecuación referencial” que garantice la credibilidad de los datos.

### **5.8 Análisis *in vivo* durante la recogida de la información**

Tal como afirman Taylor y Bogdan (1987), Valles (2002) o Woods (1987) el análisis de la información es un proceso que se realiza de manera simultánea a la recogida de ésta. Valles habla de la omnipresencia del análisis, afirma que la tarea analítica comienza en las etapas de planificación (análisis proyectado) y de trabajo de campo (análisis preliminar) para volcarse en un momento de *análisis intenso*. Para Taylor y Bodgan “*el análisis de los datos es un proceso en continuo progreso en la investigación cualitativa*” (p. 158). Por tanto, teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, el análisis del estudio se ha realizado de manera simultánea con la recogida de la información y a su vez éste ha guiado la misma.

Un ejemplo a grosso modo de lo anterior sería el análisis de las observaciones y entrevistas realizadas en el primer grupo de estudiantes como pista clave para la orientación de las

observaciones y entrevistas con el segundo grupo. Pero aquello no muestra la complejidad del análisis a un nivel más concreto y situado. Por ejemplo, a medida que recogía la información, su análisis me llevaba a formular nuevas conjeturas, pistas, preguntas, reflexiones e hipótesis para la indagación y me obligaba a focalizar y particularizar en ciertos aspectos la siguiente recogida de información y así sucesivamente. A éste análisis simultáneo y cíclico a la recogida de la información lo he denominado *análisis in vivo*, y lo entiendo como un proceso de anticipación y proyección de sentido a la información recogida, en el sentido que le asigna Heidegger, citado por Gadamer (2007), anticipaciones que han de confirmarse o descartarse en las siguiente recogida de datos.

En este análisis in vivo fue esencial adoptar un pensamiento comparativo, indagar sobre lo que dicen los datos ¿qué sucede aquí?, obtener las diferentes perspectivas de los participantes respecto a una situación pedagógica, triangular la información y realizar muestreos basado en conceptos teóricos en evolución. Para ello adopté algunas herramientas de análisis planteadas por el método de comparaciones constantes propuesto por Strauss y Corbin (2002). Este es un método generativo, constructivo e inductivo en el que se combina la codificación inductiva de categorías con la comparación constante entre ellas. Para el trabajo de campo tuve en cuenta las recomendaciones sobre el muestreo y la saturación teórica que plantean estos autores; el muestreo se hace en base a los temas y conceptos que van surgiendo de los datos; su interés es captar las propiedades y las dimensiones de un tema o fenómeno, hasta lograr la descripción más completa posible; y la saturación teórica señala el punto en el que no se percibe nada nuevo en la información que ofrecen los participantes.

Las herramientas de análisis que adopté del método de comparaciones constantes en el análisis *in vivo* fueron: análisis línea por línea; análisis de una palabra, frase u oración; comparación de un fenómeno —relación o situación pedagógica— con otro en cuanto sus similitudes y diferencias; la técnica de la voltereta —analizar desde diferentes perspectiva el

acontecimiento, objeto o acción/interacción—; observar los opuestos o extremos para encontrar aquello significativo; comparar un fenómeno con otro extraído de la literatura y preguntas sensibilizadoras: ¿Qué está pasando aquí?, ¿Qué significado tiene para los participantes?

Considero importante aclarar que para el presente estudio no se preestableció una lista de conceptos y/o categorías preconcebidas, sino que éstas se han construido de manera dialéctica entre inducción y deducción, entre la significatividad subjetiva (*Emic*) que los participantes del estudio han aportado y los marcos teórico-conceptuales de la investigadora (*Etic*).

### **5.9 Análisis *intenso* de la información**

De acuerdo con Valles (2002) tras el análisis preliminar que sucede de manera simultánea a la recogida de datos, el/la investigador/a se vuelca en un momento de *análisis intenso*.

En este momento del análisis intenso, el esfuerzo interpretativo se orientó progresivamente al desarrollo de descripciones *densas* (Geertz, 1987), es decir, descripciones de los significados que las estudiantes utilizan para dar sentido a su práctica clínica y aprendizajes clínicos. Para ello, he decidido “prestar atención a las preocupaciones” de las participantes, que como mencionan Strauss y Corbin (2002: 43) “es la clave para ubicar dónde debe enfocarse un proyecto de investigación”. Con este fin realicé una lectura de las transcripciones, lo que me permitió anticipar y proyectar un sentido global de los datos y conocer los temas nucleares en torno a los cuales se articulaba el discurso de los participantes.

Para este análisis *intenso* he seguido los momentos de análisis propuestos por Strauss y Corbin (2002): la codificación abierta, la codificación axial y la codificación selectiva.

### **5.9.1 Codificación abierta: Categorización de unidades de significado.**

La codificación abierta hace referencia a la designación categorial de los datos recogidos, son conceptos que representan los fenómenos observados o indagados. Para Strauss y Corbin (2002), es el proceso analítico por medio del cual se identifica a través de conceptos la interpretación y significado que los propios participantes otorgan a los fenómenos, este proceso implica segmentar la información en fragmentos, los cuales se constituyen en unidades de significado, es decir tiene un sentido semántico. Esta unidad de significado se asocia a un código o categoría que es la construcción de un concepto. El nombre escogido para una categoría parece ser por lo general el que mejor describe lo que sucede, debe ser lo bastante gráfico para que le evoque rápidamente al investigador el fenómeno o la situación (p. 124).

Para el proceso de codificación de las unidades de significado tuve presente las preguntas de investigación, éstas fueron el eje para interrogar los datos y así orientar la construcción de los códigos. En ningún momento esta primera fase de codificación adquirió un carácter descriptivo y mecánico. Todo lo contrario, fue un proceso complejo que exigió la lectura y relectura de los datos, la depuración del sistema de códigos y la escritura simultánea de notas analíticas e interpretativas en los memos metodológicos e interpretativos. Las unidades de significados relevantes contenían además notas interpretativas que iba realizando durante el análisis en los ‘comments’ de dichas unidades.

Las herramientas de análisis que adopté del método de comparaciones constantes en el análisis *in vivo* fueron: microanálisis —análisis línea por línea, cuestionando la idea principal de determinado párrafo u oración, y análisis minucioso frase por frase, o párrafo por párrafo—; organización de los datos en unidades de significado; asignación de códigos/categorías a estas unidades de significado; escribir notas y memos al codificar con el objetivo de expandir los datos, registrar los análisis, interpretaciones, preguntas e instrucciones para una recogida adicional de datos (Strauss & Corbin, 2002); preguntas sensibilizadoras, preguntas teóricas:

¿Cuáles son las relaciones de un concepto con otro?, ¿Qué sucedería si...?, ¿Cómo cambian los acontecimientos o las acciones con el tiempo?, ¿O con la unidad de hospitalización?; preguntas de naturaleza práctica y estructural: ¿cuáles conceptos están bien desarrollados y cuáles no?, ¿Dónde, cuándo y cómo realizaré la próxima recogida de información?, ¿Tienen consistencia interna los datos recogidos?, ¿Me encuentro en el punto de saturación teórica de la información?; y comparación sistemática entre conceptos.

El proceso de codificación ha sido, mayoritariamente **inductivo**, es decir, a partir de los datos y de su significado y sentido es desde donde han emergido los códigos, y el constante re proyectar del significado de los datos permitió que los conceptos/códigos previos fueran sustituidos progresivamente por otros más adecuados. Más que la reducción de los datos a una serie de denominadores comunes más generales, la codificación buscó expandir, transformar y reconceptualizar los datos abriendo más posibilidades analíticas (Coffey, 2003: 35).

Sin embargo, también he de mencionar que algunas categorías fueron reconstruidas por otras más adecuadas teniendo en cuenta los conceptos ya construidos desde la literatura, y que por su pertinencia y coherencia se orientaban hacia el fenómeno o situación en sí, vale la pena aclarar que en ningún momento forcé los datos a un código conceptual:

*Considero la posibilidad de abrir una nueva categoría denominada "Conversación reflexiva" que corresponde a ese momento de deliberación que surge en los seminarios entre estudiantes y profesora, acorde con Schön (1992: 69), quien afirma que la conversación reflexiva es una manera de experimentación global con la situación. (Memo metodológico "29/02/2012 Codificación", marzo 8 de 2012)*

Por otro lado, la denominación de los códigos deriva también de los términos y el lenguaje empleado por las estudiantes de enfermería, llamados éstos *códigos in vivo* ('*estar por mí*', '*confía en mí*', '*ir con cuidado*') (Strauss & Corbin, 2002). En este proceso de codificación también hubo una suerte de integración entre códigos que por su naturaleza y semejanza apuntaban a un mismo fenómeno. De acuerdo con Coffey y Atkinson (2003: 38), los códigos son

principios organizadores que no están grabados en piedra, son herramientas para pensar, expandir, cambiar o integrar a medida que nuestras ideas se desarrollan a lo largo de las interacciones repetidas con los datos.

Cabe destacar que las preguntas e intereses de investigación fueron esenciales para la orientación de esta etapa analítica, por tanto la toma de decisiones en el análisis de la información tuvo en cuenta como patrón la *relevancia* teórica-conceptual y vivencial de los datos. El hilo conductor del sentido de la investigación fue la voz del estudiante. Por tanto, el análisis se focalizó en aquellas situaciones pedagógicas (narradas y observadas) entre estudiante, enfermera/o y persona hospitalizada, caracterizadas a su vez por contener: los elementos de la situación humana, planteados por Paterson y Zderad (1979); los significados atribuidos a la experiencia de cuidar a otro/a y a la experiencia de ser estudiante; aquellas relaciones pedagógicas establecidas entre estudiante y enfermera/o; y elementos de una práctica reflexiva.

Después de un largo proceso, emergieron 900 unidades de significado que considero reúnen las unidades de análisis relevantes para el estudio agrupadas en 94 categorías emergentes. Cabe mencionar que las unidades de significados fueron codificadas a su vez por varias categorías. Las cuales defino en la tabla siguiente (ver anexos 13 y 14):

**Tabla 2.** Definición de categorías emergentes y número de unidades de significado

<b>Categoría y definición</b>	<b>Unidades significado</b>
<b>Abogacía por el bien-estar del Otro(a).</b> Preocupación del y de la estudiante por preservar la intimidad, el dolor, la movilidad, la comunicación, el no hacerle daño y la comodidad de la persona hospitalizada	25
<b>Actitud observadora.</b> Actitudes/comportamientos autoobservados durante el desarrollo de la investigación.	42
<b>Agilidad/Velocidad.</b> Hace referencia a la adquisición de velocidad y de agilidad en la realización de procedimientos o de protocolos.	7
<b>Análisis y Organización de los datos.</b> Hace alusión al proceso cognitivo del estudiante para analizar los datos recogidos en la exploración física y la valoración de las necesidades del paciente teniendo en cuenta la evolución clínica en el tiempo, la organización de los datos en manifestaciones de dependencia/independencia/dato a considerar y el proceso de análisis que lleva a cabo para identificar los principales problemas de colaboración y diagnóstico de enfermería de la persona hospitalizada.	42
<b>Anticipación.</b> Momentos en los que el/la estudiante se avanza/anticipa al paso siguiente al realizar un procedimiento y/o anticiparse a la necesidad de la persona hospitalizada	7
<b>Aprender del/junto-con la compañera.</b> Relaciones que se establecen entre los estudiantes durante su prácticum hospitalario y los seminarios. Relaciones de ayuda, solidaridad, compañerismo, compartir experiencias prácticas, aprender del Otro(a) que está en similar situación. Significado, valor e importancia que asigna el/la estudiante al hecho de tener compañera(o) en las prácticas clínicas.	32
<b>Aprendizaje situado.</b> Hace referencia al aprendizaje del estudiante de enfermería desde la experiencia de cuidar pacientes y desde las situaciones particulares de los pacientes (Benner et al., 2010).	45
<b>Atención operativa.</b> Disposición especial para trasladar lo que el/la estudiante escucha atentamente a la acción (Schön, 1992).	28
<b>Autonomización.</b> Hace referencia a la práctica pedagógica autonomizante (de ayuda). Está vinculada con el "dejar hacer" y "dar responsabilidad" al estudiante, aquí es importante la relación y el papel que adopta tanto el tutor(a) como el/la estudiante que le lleva a una práctica de autonomía, en palabras de las estudiantes: "ir cada vez más por libre", "te va dejando libertad".	55
<b>Autorización a no-saber.</b> Autorización de enfermera/o tutor al o a la estudiante a no-saber.	14
<b>Autorizar ante la equivocación.</b> Autorización que da el enfermero/a para que el/la estudiante pueda equivocarse y que este error no se vaya a la cama del paciente.	14
<b>Ayudar.</b> Situaciones de ayuda y no-ayuda narradas por el estudiante.	14
<b>Bloqueo de la/el estudiante.</b> Situaciones en las que el estudiante percibe que se ha bloqueado.	18
<b>Compasión.</b> Experiencia del estudiante en el que siente pena por el Otro/a.	11
<b>Confía en mí/Confianza.</b> Relación de confianza establecida en la relación pedagógica entre profesora asociada, enfermera/o y estudiante. Confianza del y de la estudiante en sí mismo/a. Relación de confianza entre estudiante y persona hospitalizada.	69
<b>Conflicto cognitivo.</b> Conflicto cognitivo del estudiante respecto a: la valoración	26



de las necesidades del paciente (hábitos de salud antes de ingresar al hospital), la exploración física (estado de salud actual), la evolución clínica, el planteamiento del plan de curas, el planteamiento de actividades, los cambios de la condición del paciente sobre el tiempo y /o la evaluación.	
<b>Conciencia de la experiencia del Otro/a.</b> Hace referencia a la noción de conciencia existencial que el estudiante de enfermería tiene del Otro/a (Paterson & Zderad, 1979) respecto a la experiencia de estar hospitalizado, conciencia respecto a la experiencia de enfermedad y/o muerte del Otro. El estudiante al ser consciente de la experiencia de la persona hospitalizada, tiene una mirada más contextualizada y situada volcada hacia el interior de la experiencia existencial del Otro/a.	10
<b>Conciencia de sí.</b> Conciencia del y de la estudiante sobre sí, sobre su propio hacer, sobre sus habilidades prácticas, expresado en frases como 'me falta práctica', 'todavía no tengo la suficiente habilidad'. Conciencia de la resonancia de una equivocación/olvido/acierto en el acto de cuidar a otra persona. Conciencia de sí, de la resonancia que tiene su presencia como estudiante en el trabajo de su enfermera y en el Cuidado del Otro/a.	32
<b>Consideración reflexiva.</b> Hace referencia a aquellas consideraciones que hace la profesora al y a la estudiante respecto a aquellos aspectos que no ha considerado ya sea en la presentación de los PAEs, o ante la realización de procedimientos. O consideraciones a través de Preguntas y comentarios reflexivos que realiza la profesora, como respuesta a los diarios reflexivos de los estudiantes de enfermería.	20
<b>Contextualización.</b> Contextualización de la situación clínica del paciente, donde o bien la profesora a través de la pregunta lleva al estudiante al interior de la situación, o el estudiante hace una mirada amplia —contextual y más situada— de la situación clínica de la persona hospitalizada; además de una revisión de la fisiopatología, incluye también la dimensión psicoemocional, el soporte familiar y sociocultural, la autopercepción del paciente frente a su estado de enfermedad y salud, y la interacción terapéutica establecida con él. Todo lo anterior le permite al y a la estudiante <i>to paint a picture</i> de la situación clínica de la persona hospitalizada.	4
<b>Curiosidad epistemológica del/de la estudiante.</b> Hace referencia a la Indagación/ Interrogación del y de la estudiante. Puede ser una evidencia de esa curiosidad epistemológica del y de la estudiante a la que hace alusión Freire (2006c)	21
<b>Decir y escuchar / Demostrar.</b> Situaciones en las que el/la enfermero/a hace descripciones y demostraciones en la práctica clínica como: valoración/exploración física, educación sanitaria, enseñanza de procedimientos/protocolos, abordaje psicoemocional, comunicación terapéutica, entre otros, y que considera importante para la formación del y de la estudiante. Por su parte, el estudiante escucha atentamente [atención operativa], observa el proceso, hace preguntas, reflexiona, imita y reflexiona en /sobre la acción (Schön, 1992).	14
<b>Delegar tareas al/a la estudiante.</b> Situaciones en las que la enfermera(o) de referencia le asigna tareas al o a la estudiante. Le da la información suficiente y la explicación para la realización de la tarea, previamente ha supervisado/confirmado la realización de la misma por parte del o de la estudiante.	7
<b>Desarrollo del razonamiento y juicio clínico.</b> Hace referencia a la argumentación	33

de razonamientos del y de la estudiante sobre una situación clínica como ésta se revela (o sobre sus acciones de cuidado). Razonamientos que el/la estudiante elabora delante del planteamiento de: problemas de colaboración, diagnósticos de enfermería, objetivos, actividades y evaluación.	
<b>Desconocimiento.</b> Desconocimiento manifiesto por el estudiante sobre patologías, dinámica organizacional de las unidades, fármacos, realización de protocolos o de procedimientos.	5
<b>Desmotivación.</b> Expresión de la estudiante de sentir-se desanimada y/o desmotivada durante su prácticum hospitalario en relación con la discontinuidad de la experiencia educativa, la alteridad en las relaciones estudiante-enfermera y ante los momentos de retroalimentación durante la presentación del PAE.	10
<b>Dialogo reflexivo.</b> Encadenamiento de interrogaciones y respuestas, gracias al cual el pensamiento del alumno es guiado hacia el descubrimiento de las ideas y/o procedimientos que el tutor desea mostrarle.	12
<b>Diferencias en el hacer entre enfermeras/os.</b> Hace alusión a las diferencias planteadas por los(as) estudiantes respecto al quehacer profesional y de tutoría entre las enfermeras. Hace distinción entre enfermeras jóvenes y enfermeras antiguas, distinción entre las enfermeras de diferentes unidades, distinción entre las diferentes maneras de realizar los procedimientos por parte de las enfermeras y/o distinción entre ser tutorizado por una enfermera y varias enfermeras.	29
<b>Dilemas Autoridad/Poder.</b> Situaciones de violencia vividas por el/la estudiante durante su prácticum hospitalario que le generan dilemas de autoridad y poder, que conducen a la subordinación del y de la estudiante y al silenciamiento e impotencia del mismo.	20
<b>Dis-Continuidad de la experiencia educativa.</b> Momentos de continuidad (o no) de la experiencia educativa (Dewey, 2004) de la estudiante en su prácticum hospitalario que incide en su formación profesional, como: rotación de unidad, diferencias de organización entre las unidades, tutoría por diferentes enfermeras, discontinuidad de la relación educativa estudiante-enfermera, rotación de prácticum.	27
<b>Empatía.</b> Capacidad de una persona de participar afectivamente en la realidad de otra. Sus principales elementos son la escucha activa, el diálogo, la presencia y el apoyo durante la expresión de pensamientos y sentimientos y el respeto por la experiencia del otro(a) como sujeto único. Hace referencia a ese "yo puedo sentir lo que tú sientes" (Riera i Alibés, 2011)	17
<b>Enseñanza aula/enseñanza práctica.</b> Hace alusión a aquellas diferencias y/o elementos comunes de la enseñanza en el aula y la enseñanza de la práctica, que plantea el estudiante.	14
<b>Enseñanza de habilidades clínicas.</b> Hace referencia a los momentos de enseñanza y al proceso de adquisición de habilidades clínicas como: la realización de los protocolos del hospital, la administración de medicamentos y la realización de procedimientos. Vivencias y dilemas del y de la estudiante respecto al desarrollo de sus habilidades clínicas.	42
<b>Enseñanza de procesos.</b> La/el estudiante hace alusión a la enseñanza de aquellos procesos clínicos que le permite al y a la estudiante comprender la secuencialidad de sus acciones, interrelacionar y articular las tareas en el proceso global.	6
<b>Escuchar y Responder/Conocer y Conectar.</b> Situaciones en la que el/la estudiante escucha y responde al llamado o necesidad de la persona hospitalizada. Este	9

escuchar y responder le permite Conocer y conectar el estudiante con la persona hospitalizada (Ironsides et al., 2005a).	
<b>Estar-ahí /Presencia.</b> Estar-ahí (presente/ en presencia/presenciarse) ante el Otro en actitud de disponibilidad, asequibilidad y con conciencia de la experiencia/situación de Cuidado vivida en el aquí y ahora.	12
<b>Estar ante situaciones inciertas.</b> Hace referencia a aquellos momentos o situaciones críticas, semi-críticas, cambiantes, inciertas y dinámicas, que se le presentan al estudiante durante su práctica clínica, y que requiere de una toma de decisiones rápida por su parte para la solución de problemas o posibles complicaciones. Recursos/estrategias que emplea el/la estudiante para resolver problemas.	55
<b>Estar por mí.</b> Estar por el/la estudiante significa que se le considera como persona, acoger al estudiante en su momento, responder a sus dudas, acoger sus inseguridades, sus miedos, sus preocupaciones. Acoger lo que significa ser estudiante. Acompañarle. Es característico de una relación de tutoría que es a la vez una relación de cuidado. Está enseñando a cuidar cuidando al y a la estudiante.	38
<b>Estar sin mí.</b> Hace alusión a aquellas relaciones de tutoría en la que el estudiante percibe que la profesora/enfermera no se implica y que lo evidencia en expresiones del tipo 'No se implican en mi aprendizaje', es un <i>estar sin mí</i> , un no tenerme en cuenta como persona que tengo la necesidad de aprender. Propio de una relación sujeto-objeto, donde el estudiante es visto/considerado como un objeto y se le despersonaliza. La profesora/tutora no llega a sentir aquello que le sucede a la estudiante durante y después de la relación pedagógica establecida.	23
<b>Estrategias didácticas en la práctica clínica.</b> Recursos didácticos (dibujos, esquemas, trucos nemotécnicos, mapas conceptuales, ilustraciones, actividades de rol, búsquedas en internet) utilizados por el tutor durante la práctica clínica para promover en el estudiante la interrelación e interiorización de conceptos, valores, procesos fisiopatológicos, desarrollo de habilidades clínicas, entre otras.	5
<b>Experiencia de Cuidar.</b> Hace alusión a la experiencia vivida por el estudiante al cuidar a otra persona, sus sentimientos, vivencias, conciencia existencial de sí y del Otro(a); como también aquellos elementos significativos que permitieron la emergencia de la experiencia de Cuidar y el significado atribuido por el/la estudiante a la experiencia de cuidar en sí. Está más orientado hacia una mirada hacia sí, de autorreflexión por parte del estudiante.	5
<b>Gestión y Organización del estudiante.</b> Situaciones de la práctica clínica en las que el estudiante se ve enfrentado a gestionar los tiempos, gestionar/negociar los cuidados con la persona hospitalizada, gestionar la situación del enfermo, gestionar las actividades del cuidado del paciente con el equipo; y a <b>Organizarse el estudiante</b> durante su jornada —su día a día en las práctica— teniendo presente aspectos como el tiempo —de la enfermera, de las rutinas, del paciente y de sí—, el espacio —la unidad, el espacio terapéutico, las habitaciones del paciente—, las cosas o actividades en sí, la organización con otras personas —la enfermera, el equipo, el paciente— y la estudiante —rasgos propios de sí en el momento de organizarse—.	14
<b>Gratitud.</b> Expresiones de agradecimiento del/de la estudiante de enfermería hacia los Otros(as) y de las personas hospitalizadas hacia el/la estudiante.	10
<b>Hipótesis de comprensión del estudiante.</b> Hace referencia a aquellas hipótesis que muestra la forma en que el/la estudiante está tratando de asignar un significado al contenido (a partir de los conocimientos previos que ya posee) para	18

hacerlo comprensible (Medina, Jarauta & Imbernón, 2006).	
<b>Imaginación clínica.</b> Uso de preguntas ¿y tú qué harías? o ¿qué - sí? a través de situaciones reales o imaginarias que requieren del análisis y juicio del estudiante respecto a posibles cambios en las condición del paciente sobre el tiempo y/o posibles actuaciones ante dichos cambios.	9
<b>Imitación reflexiva.</b> El/la estudiante presta atención al "proceso de acción", tratando de hacer como ha visto una buena ejecución de cuidado de enfermería por parte de su enfermero(a), reflexiona en la acción tanto sobre el proceso original que ha observado como sobre sus intentos por reproducirlo. Experimenta interiormente los modelos de acción que ha observado desde afuera y construye un nuevo producto susceptible de ser comparado con el que el tutor/a ha hecho (Schön, 1992).	5
<b>Iniciativa.</b> Hace alusión a la iniciativa/proactividad/disponibilidad del/de la estudiante para identificar las necesidades del/de la otro/a y realizar acciones de cuidado consecuentes con dicha identificación de necesidades.	21
<b>Instrucción.</b> Delegar tareas sin el debido razonamiento y fundamentación clínica de la misma.	6
<b>Interrelación/Integración/Interiorizar.</b> Situaciones en las que el estudiante toma conciencia de aspectos que anteriormente no había considerado y que —a través de la mediación de la profesora/enfermera o situaciones de la práctica—, le permiten integrar y hacer interrelaciones del contenido y sus acciones.	35
<b>Ir con cuidado.</b> [código in vivo] Estar atenta/o a lo que se dice/hace durante el acto de cuidar al otro, teniendo presente la unicidad y particularidad de la experiencia del otro/a.	10
<b>Maduración.</b> Momentos de transitividad y maduración del estudiante.	25
<b>Momento de entrega y recibo del parte.</b> Hace alusión al rito de entrega y recibo del parte de enfermería que sucede al cambio de una jornada a otra. Momento en el que el personal de enfermería recibe/entrega el informe [parte/turno] de la situación clínica de las personas hospitalizadas.	6
<b>Necesidad del estudiante.</b> Hace alusión a las necesidades percibidas por el propio estudiante durante su prácticum hospitalario.	9
<b>No confía en mí.</b> Situaciones en las que el/la estudiante percibe que no confían en él/ella.	8
<b>Observar el hacer del/la enfermera.</b> Observación del/de la estudiante del ser/hacer del/de la enfermera o de personal de enfermería en la unidad.	15
<b>Pequeños fracasos.</b> [Código in vivo] "ha sido como un pequeño fracaso". Pequeños fracasos relacionados con momentos fallidos al canalizar una vía o ante la realización de procedimientos y percepción de fracaso ante relaciones de alteridad entre estudiante y enfermera.	8
<b>Percepción de la complejidad del paciente.</b> Hace alusión a la valoración que hace la estudiante respecto a la complejidad de la situación de salud/enfermedad de la persona hospitalizada y a la connotación que hace la estudiante respecto a la unicidad —carácter único— de la persona hospitalizada y por tanto la particularidad de la relación que establece con cada uno/a de ellos.	12
<b>Perspectiva psicoemocional del Cuidado.</b> Situaciones vivenciadas por el/la estudiante que precisan un abordaje psicoemocional en el cuidado del otro/a. Situaciones que le llevan al/a la estudiante a interrogarse o a reflexionar sobre su dimensión psicoemocional en el cuidado del otro/a y/o a percibir las como generadora de carga emocional Valoración que hace el/la estudiante respecto a la Educación emocional	18

ofrecida por la universidad. Y consideraciones respecto a la carga emocional que implica cuidar a otro/a y el cuidado emocional del profesional sanitario.	
<b>Perspectiva ética del Cuidado.</b> Perspectiva ética que construye el estudiante en la práctica del Cuidado de enfermería, especialmente en aquellas situaciones que se le presentan como un dilema ético con su subsecuente análisis.	23
<b>Planificación/Seguimiento de los Cuidados.</b> Hace alusión a la planificación y seguimiento de los cuidados a las personas hospitalizadas [más en concreto a aquellos pacientes que la/el estudiante elige para realizar sus PAEs escritos para el seminario] que realiza el estudiante [ya sea junto con el enfermero/a] en la práctica clínica. Y al planteamiento de dicha planificación de cuidados en los PAES escritos y presentados en el seminario.	18
<b>Preocupación de la estudiante.</b> Preocupaciones de las/os estudiante durante su etapa del prácticum, algunas de ellas relacionadas con la preocupación por quién será su enfermera/o de referencia y la evaluación.	26
<b>Presenciar la experiencia del morir del Otro(a).</b> Situaciones en las que el estudiante presencia la experiencia de morir de la persona hospitalizada, ante pautas de confort, experiencias que le llevan a recordar situaciones personales vividas relacionadas con el acto de morir.	19
<b>Presión.</b> Hace alusión a la sensación de presión/meter presión que refiere el/la estudiante durante su prácticum hospitalario.	23
<b>Priorizar.</b> Momentos en los que el/la estudiante planea y establece prioridades ante situaciones específicas, responde a la pregunta ¿qué tarea es la más urgente?, implica cierta 'deliberación planeada' (Benner et al., 2010) del estudiante, una mirada hacia la Big picture —la totalidad— y el desarrollo de un sentido tácito de saliencia que haga a alguna cosa destacarse como más o menos importante	10
<b>Problematización.</b> Hace alusión a las interpretaciones y reflexiones que elabora el/la estudiante problematizando situaciones como la actual situación sanitaria, la organización institucional sanitaria y/o universitaria, las relaciones dialógicas o no que se construyen entre los profesionales de salud, las problemáticas sociales como la exclusión y la desigualdad social. Conciencia crítica y social del estudiante	13
<b>Proceso de emergencia de la Saliencia.</b> Hace referencia al proceso de emergencia, de construcción y/o de elaboración del sentido de saliencia del estudiante que le permite notar aspectos urgentes —importantes— y lo no importante en el interior de una situación clínica (Benner et al., 2010).	6
<b>Quitar faena.</b> Relacionada con aquellos momentos en los que la/el enfermera/o o el personal de enfermería de la unidad le pide al estudiante que realice una actividad sin que previamente le haya dado la suficiente información y explicación para la ejecución de la misma, el estudiante se despersonaliza, cosifica y se le ve desde una mirada más instrumental. En dicha petición el/la enfermero(a) o personal de enfermería no precisa de establecer una relación educativa con el estudiante.	14
<b>Reflexión en la acción.</b> Se presenta cuando en una acción presente de la/del estudiante, la acción de pensar sirve para reorganizar lo que está haciendo mientras lo está haciendo (Schön, 1992). La reflexión en la acción es una conversación reflexiva que establece el estudiante con los materiales de la situación.	12
<b>Reflexión sobre la acción.</b> Momentos en los que el estudiante retoma su pensamiento sobre lo que ha hecho e indaga sobre aquello que pudo haber	18

contribuido a un resultado inesperado de su acción.	
<b>Relación de alteridad estudiante-tutor/a.</b> Valoración que hace la/el estudiante sobre la relación establecida con el tutor(a) de prácticas que evidencia situaciones de alteridad con implicación en su aprendizaje experiencial.	13
<b>Relación pedagógica estudiante-tutor/a.</b> Relación pedagógica establecida entre el/la estudiante y su enfermera/o tutor/a, caracterizada por la comunicación, rasgos de carácter (personalidad) enfermera y estudiante, componente afectivo y emocional. Significado atribuido a la relación educativa por el/la estudiante y su influencia para su aprendizaje práctico.	20
<b>Relación estudiante - persona hospitalizada / familia.</b> Relaciones intersubjetivas establecidas entre el estudiante y la persona hospitalizada, pueden darse una relación de sujeto-sujeto (Yo-Tú) o una relación sujeto-objeto (Yo- Eso), donde cada uno tiene que "hacer" con el otro.	43
<b>Relación estudiantes – investigación/dora.</b> Valoración que hace el/la estudiante respecto a su participación en la tesis doctoral, además de la expresión de sus sentimientos, percepciones, pensamientos y vivencias siendo participante y de la relación establecida con la investigadora y con la investigación.	24
<b>Retos.</b> Retos que se le presentan al estudiante en la práctica clínica. Aquí el profesor plantea objetivos semanales, que los estudiantes perciben como un reto, y esto es una fuente de motivación para el/la estudiante.	7
<b>Retroalimentación.</b> Retroalimentación que hace la profesora a los estudiantes respecto a la realización de los PAEs, negociación del lenguaje profesional y corrección colectiva que realiza el grupo junto con la profesora durante la presentación de los seminarios. Valoraciones que hace el/la estudiante sobre la retroalimentación y la corrección de los PAEs.	28
<b>Revisión Fisiopatología/ Intervención Quirúrgica.</b> Momentos de la práctica clínica y de los seminarios donde se realiza una revisión de la fisiopatología y de la intervención quirúrgica de la persona hospitalizada. Más concretamente durante la presentación de los PAEs por parte de las estudiantes en el seminario.	7
<b>Saber experiencial del/de la estudiante.</b> Traer a la situación presente aquello que la/el estudiante ha observado, vivido, oído de sí y del ser/hacer de la enfermera(o) durante du práctica clínica. Ese saber propio de las experiencias vividas en el cuidado a Otros [en su infancia, en su ámbito familiar, en su ámbito laboral]. Aquello que ella/el va interiorizando y va sacando en limpio.	11
<b>Seguridad versus inseguridad.</b> Situaciones o momentos en los que el estudiante siente o experimenta seguridad y/o inseguridad ya sea frente a la realización de un procedimiento clínico, delante de la persona hospitalizada o en la relación establecida enfermera-estudiante.	28
<b>Sentir-se "dejada de lado".</b> [Código in vivo] "me siento dejada de lado". Es ese "estar sin mí". Donde el estudiante vivencia una despersonalización y no hay una relación pedagógica de cuidado y de confianza entre enfermera y estudiante. La estudiante describe un sentimiento de ser invisibilizada e ignorada.	27
<b>Sentir-se "una carga".</b> [código in vivo] Sentir-se "una carga" para el profesional de enfermería.	4
<b>Sentir del estudiante.</b> Sentimientos del/de la estudiante, que pueden estar relacionados con la relación establecida con su enfermera tutora, las relaciones de cuidado a la persona hospitalizada, a las situaciones inciertas de la práctica, a las relaciones de alteridad que experimenta el estudiante con su enfermera/o tutor/a, a su valoración de darle más trabajo a la enfermera con su presencia, a la rotación	67

de unidades.	
<b>Ser estudiante.</b> Hace alusión al significado que el estudiante le atribuye a su condición de ser estudiante de enfermería. Rasgos propios o diferenciales de sí, como estudiante. Diferenciación que elabora éste/a entre ser estudiante y ser enfermera.	28
<b>Situación de Cuidado/ Situación humana.</b> Narración de situaciones de cuidado entre el/la estudiante y la persona hospitalizada, o entre él/ella, la persona hospitalizada y el/la enfermera(o). Apunta a todos los elementos contenidos en una situación de Cuidado/situación humana (Paterson & Zderad, 1979).	6
<b>Situarse el/la estudiante en la Unidad.</b> Vivencia del/de la estudiante en el momento de situar-se en la nueva unidad de hospitalización, con el personal de enfermería y auxiliar, con las normas del hospital, con las formas de trabajar del equipo, conocimiento de las patologías tratadas en la unidad, tratamientos farmacológicos, ubicación de materiales, entre otros. Situarse en espacio, en tiempo, con otras personas, con las cosas. Hacerse a un lugar.	36
<b>Tacto.</b> El tacto como un saber en las relaciones interpersonales, especialmente en la relación pedagógica, que desarrolla capacidad afectuosa hacia lo singular: la singularidad de cada ser humano, la singularidad de cada situación (Van Manen, 2004).	14
<b>Temor /Miedo.</b> Situaciones que generan a la/al estudiante sentir temor o miedo. Hace alusión a las percepciones del estudiante sobre cambios en su estado emocional y estados corporales ante situaciones nuevas o cambiantes. Miedo a equivocarse, a hacer un fallo, miedo a decir 'no' a la o al enfermera/o. También hace alusión a las manifestaciones de los estudiantes a la liberación de Miedos [Código in vivo.] durante la práctica clínica.	31
<b>Trabajo en equipo del personal de enfermería.</b> Valoración del estudiante sobre el trabajo en equipo del personal de enfermería de la unidad.	26
<b>Transferencia de la experiencia.</b> Transferencia de la experiencia de la profesora/enfermera/o, mostrando al o a la estudiante aquellos 'aspectos esenciales e importantes del acto de Cuidar' con el debido razonamiento y/o fundamentación, a través de la narración de ejemplos prácticos, situaciones inciertas que se le han presentado en la práctica asistencial, maneras de solventar éstas, connotación en los aspectos relevantes en el momento de valorar a la persona hospitalizada y saber cuándo avisar o actuar, entre otras.	18
<b>Valoración / Exploración física de la persona hospitalizada.</b> Hace referencia al momento de la exploración física y valoración de necesidades que realiza el estudiante, las dudas que presenta respecto al qué valorar/explorar y cómo. Diferenciación que elabora el estudiante entre la valoración que hacen los estudiantes / y la valoración que hacen las enfermeras	43
<b>Valoración cualidades del tutor(a).</b> Valoración que hace la estudiante sobre las cualidades o rasgos de la práctica pedagógica del o de la tutor/a de prácticas, con influencia positiva para su aprendizaje experiencial.	23
<b>Valoración de la Formación en Enfermería.</b> Valoración que el/la estudiante hace sobre su formación como enfermera/o, contiene elementos de valoración hacia la institución, hacia los/as profesores/as, hacia los valores aprehendidos, hacia los saberes, hacia las asignaturas, hacia la metodología, hacia los rasgos o cualidades que tendrían en cuenta para su futura práctica como tutoras de enfermería. Frases del tipo: "Cuando sea enfermera, si yo soy tutora de una alumna..." Como también hace alusión a la influencia de su formación como enfermera/o al ámbito personal.	16

<b>Valoración de los diarios.</b> Valoraciones que hace el/la estudiante respecto al llevar diarios reflexivos durante el prácticum.	9
<b>Valorar e informar.</b> Situaciones en las que el/la estudiante realiza la valoración de algún drenaje, medios invasivos, signos vitales o exploración física de la persona hospitalizada que le llevan a informar al y a la enfermero/a sobre ésta.	5
<b>Voluntad del estudiante.</b> Motivación, atención, interés del estudiante en su formación profesional.	22

### 5.9.2 Codificación axial: Reagrupación en núcleos temáticos o metacategorías.

En un segundo nivel de análisis, denominado codificación axial, se han agrupado y estructurado las 94 categorías emergentes. En esta etapa analítica pretendí relacionar y contrastar las categorías y reagrupar éstas en núcleos temáticos o metacategorías, teniendo en cuenta sus características y propiedades, similitudes y diferencias.

Las herramientas de análisis que adopté del método de comparaciones constantes en la codificación axial, adicional a las mencionadas en la codificación abierta, fueron: continuo refinamiento y depuración de las categorías —lo que implicó, tal como mencionan Coffey y Atkinson (2003), la *exposición de los datos* de modo tal que tras su lectura se exploró la composición de cada conjunto de datos codificado en el interior de cada categoría—; deconstruir categorías para integrarlas y relacionarlas entre sí en familias (o metacategorías); triangulación con el director de la tesis respecto a los sistemas categoriales emergentes; la elaboración de mapas conceptuales (e ilustraciones en mis diarios y el uso del networks en el Atlas ti); ‘microanálisis’ en cada una de las metacategorías, valorando y contrastando la pertinencia y coherencia intercategorial.

Del análisis *intenso*, que supuso la contrastación intercategorial de las 94 categorías, realicé una primera aproximación a los núcleos temáticos más relevantes sobre la experiencia del estudiante en su prácticum hospitalario. Los cuales resultaron en 11 núcleos temáticos:

- Aprendizaje experiencial
- Consciencia del acto de cuidar



- Cualidades reflexivas del estudiante
- Desarrollo de habilidades prácticas del/de la estudiante
- Desarrollo razonamiento, juicio clínico y saliencia del/de la estudiante
- Dimensión organizacional de la práctica clínica
- Discontinuidad de la experiencia educativa
- Estrategias didáctico-reflexivas
- Relación educativa estudiante tutor/a que ‘está por el/la estudiante’
- Relación estudiante-tutor/a que ‘está sin el estudiante’
- Ser estudiante de enfermería: Maduración del estudiante en su camino

El sistema final de núcleos temáticos o metacategorías quedó como se presenta en la siguiente tabla (ver anexo 15):

**Tabla 3.** Núcleos temáticos o metacategorías emergentes, definición y categorías relacionadas

META CATEGORÍA	DEFINICIÓN	CATEGORÍAS
<b>Aprendizaje experiencial</b>	La experiencia práctica como fuente de aprendizaje que incorpora elementos del saber experiencial del estudiante y que abre posibilidades para su futura praxis. Pertenece a este núcleo temático aquellas categorías que hacen referencia al valor de la experiencia práctica del estudiante en su aprendizaje experiencial/situado y a los factores que condicionan este aprendizaje.	Aprender <i>de/junto-con</i> con la compañera
		Aprendizaje situado
		Interrelación/Integración/Interiorizar
		Saber experiencial del/de la estudiante
		Valoración de la formación en Enfermería
		Valoración de los diarios
<b>Consciencia del acto de cuidar</b>	Este dominio hace referencia a la consciencia que el/la estudiante va adquiriendo frente al acto de cuidar, su significado y sentido, así como la consciencia de sí y la consciencia de la persona cuidada durante el acto de cuidado, la perspectiva (ética, procedimental, holística, psico emocional, social) que adopta el estudiante en la relación de cuidado del/de la otro/a y aquellos elementos/cualidades que presenta el/la estudiante en el acto de cuidar al otro: la empatía, el estar-ahí, el tacto y el tono en la relación, la compasión, el escuchar y responder, el conocer y conectar y el ir con cuidado.	Abogacía por el bien-estar del Otro/a
		Compasión
		Consciencia de la experiencia del Otro/a
		Empatía
		Escuchar y Responder / Conocer y Conectar
		Estar-ahí / Presencia
		Experiencia de cuidar
		Ir con cuidado
		Percepción de la complejidad del paciente
		Perspectiva psicoemocional del Cuidado
		Perspectiva ética del Cuidado
		Presenciar la experiencia del morir del Otro/a
		Relación estudiante – persona hospitalizada
		Situación de Cuidado/situación humana
Tacto		
<b>Cualidades reflexivas del estudiante</b>	Hace referencia a aquellas cualidades reflexivas de la estudiante que emergen en el interior de la acción de cuidado, tales como: la conversación reflexiva que establece el/la estudiante con los materiales de la situación problema, la acción que el/la estudiante realiza cuando trata de descifrar [explorar] las demostraciones y descripciones del	Anticipación
		Atención operativa
		Conflicto cognitivo
		Curiosidad epistemológica del/la estudiante
		Hipótesis de comprensión del estudiante
		Imaginación clínica
		Imitación reflexiva
		Reflexión en la acción

	tutor(a) y comprobar los significados que ha construido aplicándolos a la práctica de cuidado, y, el prestar atención al 'proceso de acción' tratando de hacer como ha visto hacer una buena ejecución de cuidado de enfermería por parte de su enfermera(o) (Schön, 1992).	Reflexión sobre la acción
<b>Desarrollo de habilidades prácticas del/de la estudiante</b>	Hace referencia al proceso reflexivo y emergente de las habilidades prácticas del estudiante, que parte de ese ver como a hacer como, es decir, el estudiante presta atención al "proceso de acción" de la/del enfermera/o, reflexiona en la acción tanto sobre el proceso original que ha observado como sobre sus intentos por reproducirlo, hasta lograr la imitación reflexiva y la Autonomización.	Anticipación
		Atención operativa
		Autonomización
		Delegar tareas al/a la estudiante
		Enseñanza de habilidades clínicas
		Estar ante situaciones inciertas
		Imitación reflexiva
		Iniciativa
		Momento de entrega y recibo del parte
		Observar el hacer del/de la enfermera
		Pequeños fracasos
Reflexión en la acción		
Reflexión sobre la acción		
Seguridad versus inseguridad		
<b>Desarrollo razonamiento, juicio clínico y saliencia del/de la estudiante</b>	Hace referencia al proceso de emergencia, de construcción y/o de elaboración del razonamiento, juicio clínico y sentido de saliencia del/de la estudiante, donde se pone en marcha la valoración y exploración física, el análisis y organización de los datos, la integración, interrelación e interiorización de conceptos teórico-prácticos que ha elaborado el estudiante y, la planificación y seguimiento de actividades de cuidado de enfermería acordes a la situación clínica en curso.	Análisis y Organización de los datos
		Desarrollo del razonamiento y juicio clínico
		Enseñanza aula/enseñanza práctica
		Interrelación/Integración/Interiorizar
		Planificación/Seguimiento de los Cuidados
		Proceso de emergencia de la Saliencia
		Revisión Fisiopatología/Intervención Quirúrgica
		Valoración / Exploración física de la persona hospitalizada
		Valorar e informar
<b>Dimensión organizacional de la práctica clínica</b>	Hace referencia a aquellos aspectos organizacionales que estructuran y están presentes en el desarrollo de la práctica clínica de la/del estudiante de enfermería, como por ejemplo: el trabajo en equipo del personal de la unidad, la gestión y organización con el equipo al momento de realizar los	Ayudar
		Enseñanza de procesos
		Gestión y organización del estudiante
		Priorizar
		Problematización
Situarse el/la estudiante en la Unidad		

	cuidados, el acercamiento a diversas problemáticas del sistema de salud.	Trabajo en equipo del personal de enfermería
<b>Discontinuidad de la experiencia educativa en el prácticum hospitalario</b>	Este dominio hace referencia a aquellas situaciones o momentos de discontinuidad en la experiencia educativa del estudiante de enfermería en el desarrollo de sus prácticas clínicas y que tiene repercusión en su formación como enfermera(o). Bien sea, discontinuidad evidenciada en relaciones de alteridad entre estudiante-enfermera(o), centradas en la instrucción o en el quitarle faena a la enfermera y matizadas por ejercer presión sobre el/la estudiante, donde se evidencia una despersonalización y cosificación del estudiante. O bien, discontinuidad de la práctica clínica ante la rotación de unidades y la rotación por varios tutores de enfermería.	Desconocimiento
		Desmotivación
		Diferencias en el hacer entre enfermeras/os
		Dilemas Autoridad/poder
		Dis-continuidad de la experiencia educativa
		Estar sin mí
		Instrucción
		Quitar faena
		Sentir-se “una carga”
<b>Estrategias didáctico reflexivas</b>	Hace referencia a todas aquellas estrategias/recursos didácticos y reflexivos que emplea la profesora asociada y/o tutor/a de enfermería para guiar al/a la estudiante en la indagación y reflexión sobre la situación clínica y sobre las acciones de cuidado, estrategias que además permiten promover en el estudiante la interrelación e interiorización de conceptos teórico-prácticos. Pertenecen a este dominio categorías como: consideración reflexiva, contextualización, decir y escuchar, demostrar, diálogo reflexivo, estrategias didácticas empleadas en el interior de la práctica clínica, transferencia de la experiencia y retroalimentación.	Consideración reflexiva
		Contextualización
		Decir y escuchar /Demostrar
		Diálogo reflexivo
		Estrategias didácticas en la práctica clínica
		Retroalimentación
		Transferencia de la experiencia
<b>La relación educativa entre estudiante y enfermero/a tutor/a de las prácticas clínicas que 'está por el/la estudiante'</b>	Cualidades y trayectoria de una práctica de tutoría que <i>está por</i> el/la estudiante. Práctica pedagógica caracterizada por la relación de confianza establecida entre estudiante-enfermera, el acompañamiento, el autorizar a no saber, el autorizar a la equivocación y la Autonomización del/de la estudiante. Una relación en la que	Autonomización
		Autorizar a no-saber
		Autorizar ante la equivocación
		Confía en mí/ Confianza
		Estar por mí
		Relación educativa estudiante-tutor/a
Valoración cualidades del tutor/a		

	éste/a percibe que la/el enfermera(o) 'está por mí'.	
<b>Relación entre estudiante y enfermero/a tutor/a de las prácticas clínicas que 'está sin el/la estudiante'</b>	Relación en la que el/la estudiante percibe que la enfermera(o) está sin el, sin el debido establecimiento de una relación de confianza y de ayuda pedagógica. El/la estudiante se siente 'dejada de lado'.	Bloqueo de la estudiante
		Estar sin mí
		No confía en mí
		Presión
		Relación de alteridad estudiante-tutor/a
		Sentir-se "dejada de lado"
<b>Ser estudiante de enfermería: Maduración del estudiante en su camino hacia la profesionalización</b>	Momentos y experiencias de Transitividad del estudiante hacia su maduración, pasar de la consciencia de sí a la consciencia del Otro(a) y del mundo práctico de la enfermería. En este dominio se reflejan las concepciones que tiene el estudiante respecto al hecho de ser estudiante, sus preocupaciones, sus motivaciones, su sentir, los retos, los miedos, dilemas y contradicciones a los que se encuentra enfrentado en su práctica clínica.	Consciencia de sí
		Dilemas Autoridad/Poder
		Gratitud
		Maduración
		Necesidad del estudiante
		Preocupación de la estudiante
		Retos
		Sentir del estudiante
		Ser estudiante
		Temor /Miedo
Voluntad del estudiante		

### 6.2.3 Codificación selectiva: Identificación de ejes cualitativos e integración de resultados.

Antes de continuar, me gustaría dar a conocer que la codificación axial y selectiva se desarrollaron a menudo de manera simultánea y se emplearon estrategias de análisis comunes, no hubo una linealidad como tal en el proceso analítico, hubo momentos en que precisaba dar un paso atrás o un paso adelante en el análisis de la información.

El objetivo de este momento analítico fue la recontextualización de lo observado y narrado, y proceder acorde con el esfuerzo hermenéutico señalado por Gadamer (2007), de captar el sentido global del texto y transitar entre el todo y las partes en un diálogo hermenéutico entre los datos, la investigadora y la comunidad de interpretantes (autores que desde la literatura abordan los temas en cuestión). Para elaborar dicha recontextualización fue necesario realizar previamente la descontextualización de los datos, precisamente porque el análisis previo (en la codificación abierta y axial) fue lo que permitió la emergencia de los significados e interpretaciones para

captar el sentido global del texto y sus partes y posteriormente construir el relato de lo sucedido en un discurso polifónico: la palabra del estudiante, la propia como investigadora y la de la literatura.

Cabe mencionar que este momento lo experimenté como un salto al vacío respecto a cómo organizar lo observado y lo narrado en un relato, aún recuerdo la expresión del profesor Medina:

*“Da un paso más, ¿cómo todo eso lo organizamos en un relato?”:*

*Ese 'da un paso más' que me dice José Luís, es como un salto al vacío, lleno de total incertidumbre, cierta preocupación para que el relato sea coherente, respetuoso con lo vivido, relevante por sus construcciones teóricas y conceptuales, lo suficientemente fenomenológico e interpretativo, en el que haya esa polifonía de voces: el discurso dialógico entre lo vivido e interpretado por los estudiantes, los marcos teórico-conceptuales que constituyen mi background mental y el mundo teórico simbólico presente en las lecturas de diversos autores. (Memo metodológico “Codificación”, julio 5 de 2012)*

Por otro lado, el análisis a su vez se fue refinando y focalizando hacia la naturaleza evolutiva y dinámica de lo que aconteció en la experiencia práctica de los estudiantes, para ello me soporté en la naturaleza evolutiva y dinámica de la experiencia vivida de las estudiantes, las situaciones pedagógicas *relevantes* y las relaciones pedagógicas construidas entre enfermera/o y estudiante.

Las situaciones pedagógicas emergentes en esa naturaleza evolutiva de la vivencia práctica del estudiante y caracterizadas por su relevancia teórica-conceptual y empírica fueron recontextualizadas, contrastadas e interpretadas teniendo en mente el patrón de análisis de interacción entre el proceso (acciones e interacciones) y la estructura (condiciones y consecuencias), planteadas por Corbin y Strauss (2002).

Para estos autores, el proceso hace referencia a las acciones e interacciones en tiempo y espacio entre personas en respuesta a las situaciones en las cuales se encuentran inmersos y su capacidad de conducir a otras acciones (o consecuencias). Y la estructura se corresponde a las condiciones y circunstancias que influyen en la situación o fenómeno social.

Por tanto, debido a la naturaleza evolutiva, dinámica y contextual de la práctica clínica consideré el patrón de análisis entre el proceso y la estructura. De este modo, analicé la acción clínica del estudiante y las interacciones (clínica y pedagógica) entre estudiante y enfermero — y/o persona hospitalizada—, advirtiendo sus movimientos, cambios y evolución en respuesta a los cambios en el contexto o a las condiciones del mismo. Es decir, cómo la acción/interacción cambia en el tiempo y en el espacio, respondiendo a las contingencias del contexto (Strauss y Corbin, 2002: 183).

Lo que implicó tener en cuenta como dimensiones de análisis: el espacio (plantas de hospitalización y seminario), los tiempos de la práctica clínica (el tiempo del parte; la ronda de visita; la administración de medicación, la realización de procedimientos clínicos), las acciones e interacciones entre estudiante y enfermero/a, entre estudiante y persona hospitalizada, entre estudiantes, entre otras, y las características del contexto hospitalario (organización del personal de enfermería, número de pacientes a cargo por el enfermero/a, horarios y jornadas laborales, tipo de pacientes de la unidad, entre otras).

Todo lo anterior me permitió la identificación de **los ejes cualitativos** que atravesaban los datos, progresivamente fue emergiendo la idea de la formación enfermera como un bucle expansivo que tiene como punto de partida (y núcleo) **la relación pedagógica estudiante-enfermera/o** que se caracteriza por cualidades esenciales como: la confianza, el *estar* por el/la estudiante (un *estar* que cuida del estudiante), autorizar a no-saber, autorizar ante la equivocación y favorecer su autonomización. La interacción entre estudiante y enfermera/o sucede en continuo movimiento dinámico y recursivo, como ondas expansivas que se retroalimentan dialécticamente, y cuya intencionalidad es **la formación del/de la estudiante en el cuidado competente y profesional hacia el Otro/a**, en este caso la persona hospitalizada. Una formación que implica: el desarrollo de habilidades clínicas, el proceso de emergencia de la saliencia, el desarrollo del razonamiento y juicio clínico y la consciencia del cuidar competente y

que conjuga las estrategias didáctico-reflexivas que emplea la enfermera, la cualidades reflexivas del/ de la estudiante y las condiciones estructurales de la práctica clínica; **para finalmente llegar a una Convergencia de significados entre estudiante y enfermera/o tutora respecto al cuidar competente en enfermería.**

Por tanto, los ejes cualitativos emergentes fueron (ver anexo 15):

1. "Relación estudiante-enfermera/o. Núcleo de partida para el desarrollo de la práctica clínica" (ver anexo 16).
2. "Convergencia de significados entre estudiante y enfermera tutora respecto a la Formación en el cuidar competente en enfermería" (ver anexo 17).

Estos ejes como mencioné anteriormente se relacionan entre ellos y constituyen el sentido global del estudio. Alrededor de estos dos ejes cualitativos, y teniendo en cuenta el marco teórico construido, presento a continuación los resultados de la investigación.





---

## **CUARTA PARTE**

---



## Capítulo 6. Resultados

*(...) Sólo un ser que habla, o sea, piensa, puede tener mano y ejecutar mediante su manejo obras manuales. (...) La mano ofrece y recibe, y no solamente objetos, sino que se da a sí misma y se recibe a sí misma en la otra. La mano mantiene. La mano sostiene. La mano designa, probablemente porque el hombre es un signo. Las manos se pliegan, cuando este gesto ha de transportar al hombre a la gran simplicidad. (...) Más los gestos de la mano trascienden el habla por doquier, y más puramente y justo allí donde el hombre habla callando. Pero sólo en la medida que habla, piensa el hombre y no a la inversa, (...) Toda obra de la mano se basa en el pensar. (Heidegger, 1958: 21-22)*

### 6.1 Introducción

Los resultados de este trabajo se presentan a continuación en dos dominios o ejes cualitativos:

- a. Relación estudiante-enfermera/o: Núcleo de partida para el desarrollo de la práctica clínica del estudiante.
- b. Convergencia de significados entre estudiante y enfermera tutora respecto al cuidar competente en enfermería.

Procuraré presentar la polifonía de voces de las/os estudiantes, las vivencias, reflexiones, sentimientos y aprendizajes que fueron emergiendo alrededor de su práctica clínica; siguiendo a Ironside et al. (2005a), es tiempo para explorar lo que los estudiantes obtienen de sus experiencias clínicas y lo que éstas significan para ellos a medida que aprenden de la práctica de enfermería. Este discurso polifónico estará entretejido además con las voces de los distintos autores (o comunidad de intérpretes) y mis propias interpretaciones como investigadora.

Es preciso aclarar que los nombres de participantes (estudiantes, enfermeras, personal auxiliar, profesora asociada, profesora coordinadora y personas hospitalizadas) han sido sustituidos por nombres ficticios para garantizar la confidencialidad. Asimismo conviene explicar las diferencias entre la profesora asociada, que tiene a su cargo la supervisión de un grupo de estudiantes (de 6 a 8 aproximadamente), y la profesora coordinadora, que se encarga de

coordinar la asignatura en su conjunto, elaborar el plan curricular de la misma, las guías de evaluación y coordinar junto con la institución clínica el desarrollo de las prácticas de los estudiantes, entre otras actividades de gestión.

## 6.2 Contexto institucional y curricular de la asignatura Estades Cliniques II

La asignatura donde realicé el trabajo de campo clínico fue Estades Cliniques II. Denominada así a partir del curso 2011-2012 debido a la transformación de la titulación de Diplomatura en Enfermería, en Grado de Enfermería, llevada a cabo por el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES)<sup>78</sup>. Es una asignatura troncal del plan de estudios de la Escuela de Enfermería que cuenta con 24 créditos ECTS y se desarrolla en el tercer año del Grado (en la titulación extinta de Diplomatura se desarrollaba en el quinto semestre, en tercer curso). Esta materia cuenta con el mayor número de créditos del plan de estudios de la Escuela de Enfermería<sup>79</sup> y está constituida por una práctica externa obligatoria que pretende “dar al alumnado una visión del mundo profesional ayudándolo a integrarse al entorno laboral; desarrollar habilidades profesionales, sociales e interpersonales e incorporar la teoría a la práctica”.<sup>80</sup>

Esta asignatura persigue que las/los estudiantes de enfermería adquieran como competencias: la práctica profesional —ética y legal—, la prestación de cuidados siguiendo el modelo de Virginia Henderson, el establecimiento de comunicación terapéutica y relaciones interpersonales con el paciente y la familia, la gestión de los cuidados —entorno seguro, práctica interdisciplinaria, delegación y supervisión y organización de los cuidados— y el desarrollo profesional (crítico y reflexivo).

---

<sup>78</sup> Para el presente informe de resultados emplearé la denominación “Práctica clínica”, para hacer referencia a la rotación clínica de las estudiantes de las asignaturas “Estades Cliniques II” o “Prácticum hospitalario II”.

<sup>79</sup> En la Escuela de enfermería los créditos se distribuyen así: 60 ECTS para la formación básica, 84 ECTS para la formación obligatoria, 6 ECTS para la formación optativa, 84 ECTS para las prácticas externas obligatorias (inscrita aquí la asignatura Estades Cliniques II) y 6 ECTS para el trabajo de fin de grado obligatorio. Suman un total de 240 créditos ECTS

<sup>80</sup> Extraído del Dossier d'Apprenentatge de la asignatura Estades Cliniques II. Curso académico 2011-2012.

La asignatura Estados Clínicos II está estructurada para que las estudiantes al finalizar la 7ª semana de la práctica clínica hagan un cambio de unidad, es decir, una rotación entre las unidades de hospitalización. En la etapa final las estudiantes presentan un caso clínico en la unidad (Examen In Situ), con la correspondiente valoración, identificación de necesidades, planificación y prestación de cuidados de enfermería, siguiendo el modelo de Virginia Henderson; este examen pretende evaluar las competencias de análisis crítico de los datos, razonamiento y juicio clínico y planificación de cuidados con objetivos realistas y acordes a la situación clínica del enfermo.

El Hospital Universitario donde realicé este trabajo de campo es un hospital de tercer nivel, el máximo de complejidad, que permite atender enfermos/as que requieren de la más alta tecnología (cirugía cardíaca, cirugía torácica, neurocirugía o trasplantes), pertenece al Institut Catala de la Salut (ICS)<sup>81</sup>. Las estudiantes de enfermería rotaron por tres unidades de hospitalización, las cuales he denominado Unidad o Planta A, B y C para garantizar el anonimato. En la Unidad A son hospitalizadas aquellas personas que padecen enfermedades semicríticas (cirugía digestiva) y que precisan de mayor asistencia por parte del personal de enfermería, la ratio enfermera-paciente es de cuatro enfermos por enfermera (4:1). La Unidad B puede considerarse como polivalente por el ingreso de enfermos/as con patologías heterogéneas (ginecología, oftalmología, traumatología, entre otros). En la Unidad C son hospitalizadas personas provenientes de cirugía torácica y neumología. La ratio enfermera/o-persona hospitalizada en estas dos últimas unidades oscila entre seis y ocho pacientes por enfermera/o (6:1).

Cada estudiante de enfermería es tutorizada por uno o más profesionales, dicha asignación está condicionada por la organización de la unidad y las jornadas laborales de los mismos. En la Unidad A los profesionales de enfermería en el turno de tarde tienen el horario de 15 h a 22 h, lo

---

<sup>81</sup> <http://www.gencat.cat/ics/quees.htm>

que permite que cada estudiante sea tutorizada por un/a enfermero/a; en las Unidad B y C, en su mayoría tienen jornadas de 12 horas en días alternos, con excepción de algunos que tienen jornada de 15 h a 22 h, por lo que cada estudiante será tutorizada por dos o más profesionales. El hospital además cuenta con personal de enfermería canguro que cubre horarios a partir de las 16 h y personal de fin de semana que cubre de viernes a domingo.

Con esta complejidad institucional, la profesora asociada (para el presente informe la profesora Blanca) de prácticas, las/os enfermeras/os supervisoras/es y enfermeras/os de las unidades de hospitalización asignan a cada estudiante el/los profesionales que la tutorizará durante la práctica clínica. Decisión que como mencioné anteriormente está condicionada por la organización y dinámica (laboral) de la propia unidad y en ocasiones por motivación del propio profesional de enfermería que solicita tutorizar.

### **6.3 Relación estudiante-enfermera/o. Núcleo de partida para el devenir de la práctica clínica**

El mundo hospitalario es un terreno desconocido e incierto para el/la estudiante de enfermería, en él se arriesga a perder el sentido de su competencia, su control y su propia confianza (Schön, 1992: 94), de ahí que considere que se encuentra en un estado de vulnerabilidad. Las vivencias que allí experimentará serán el pilar para su formación humanística-técnico-científica y para la internalización de la cultura enfermera.

La práctica clínica del/de la estudiante es un proceso social, en el que interactúa con el medio y con los participantes de éste:

*“(...) la profesión enfermera tiene un porcentaje súper elevado del aspecto práctico, sin quitarle importancia al teórico por supuesto, (...) son su primer contacto con el medio hospitalario o, bueno, con el medio en que ellos estén. Si están haciendo prácticas en el ambulatorio también, es un poco lo que se van a encontrar luego cuando trabajen, son las sensaciones, son los casos complicados, son las técnicas,*

*son las relaciones personales, interpersonales, individuales y con el equipo, con los materiales, con el enfermo, es el hablar, es el sentir, es el tocar, es todo. Para mí es muy importante, por eso intento que ellos se encuentren lo más a gusto posible, aprovechar la prácticas al máximo, (...) es como cuando el niño pequeño que nace está creciendo y la madre lo cuida, pues, es lo mismo, decir: 'bueno es tu primer contacto con el medio vamos a hacer que tú estés cómodo y a gusto para que te adaptes al máximo posible, cuando trabajes tengas algo de lo que hayas podido aprovechar de antes', lo veo así.*" (E, Enf Jordi, 4:23)

Las experiencias que el/la estudiante vivencie en su práctica clínica pueden ser educativas, cumpliendo con las dos dimensiones centrales de toda experiencia: su *continuidad* y su carácter *interactivo* (Dewey, 2004: 39). El principio de «interacción» asigna iguales derechos a ambas dimensiones: las condiciones objetivas de la práctica clínica, es decir, el tipo de tutoría clínica que emplea el enfermero/a tutor/a, los materiales con que actúa el estudiante, la relaciones interpersonales que establece con el equipo, entre otros; y las condiciones internas, es decir, la vivencia interior del estudiante. Para Dewey cada experiencia del y de la estudiante es una fuerza en movimiento, que se presenta como educativa —como formadora—, más que un evento aislado de su formación. Esta experiencia posibilita esa relación de continuidad entre el presente y la expansión del estudiante hacia su futura práctica profesional.

El/la estudiante entra en relación —de manera interdependiente e intersubjetiva— con las/os enfermeros asistenciales en su práctica clínica. Éstos han asumido el rol de tutoría adscrito a su desempeño profesional, y de ellos se espera comprensión, competencia y orientación. Esta relación es el punto de partida que introduce al y a la estudiante en el mundo hospitalario y que le acompaña durante el desarrollo de su prácticum. Es una relación donde interactúan estudiante-enfermera, la cual he ilustrado a modo de bucle cuyas ondas expansivas se retroalimentan de manera dialéctica, y se nutre de elementos esenciales para la **formación profesional del y de la estudiante de enfermería**. Como son el desarrollo del razonamiento clínico, la construcción de significados entorno al acto de cuidar, el establecimiento de una relación terapéutica con la persona hospitalizada, el desarrollo de habilidades clínicas, la formación del pensamiento crítico-



reflexivo del estudiante, la práctica reflexiva del tutor, el aprendizaje experiencial y la internalización de la cultura profesional.

Las situaciones vividas en la práctica clínica llevan al estudiante a una reflexión sobre sí como aprendiz y sobre su propia práctica, a su vez estas reflexiones son el sustrato para su praxis como profesional y estudiante. A partir de éstas replantea su quehacer como estudiante, elabora mudanzas de pensamiento y de creencias que lo llevan a la maduración profesional, a la internalización de la cultura enfermera, al cambio y a la resolución de problemas que surgen en el interior de la práctica clínica.

### **6.3.1 Ser estudiante de enfermería en un terreno desconocido e incierto para él: la práctica clínica.**

#### **6.3.1.1 Sentimientos del estudiante de enfermería.**

Ser estudiante de enfermería permite una primera aproximación al mundo práctico que desarrolla toda una expansión de saberes o aprendizajes experienciales: emprender relaciones de cuidado (relaciones asistenciales) con las personas hospitalizadas, aprender a aprender la práctica del cuidado, desenvolverse en un equipo de salud, ser crítico delante de la organización del sistema sanitario y de la profesión enfermera:

*“(...) Creo que me ha aportado mucho y he aprendido mucho también. (Nelly: ¿Y qué te ha aportado?)*

*Rosa: Aportado, sobre todo en las prácticas con el paciente, lo mucho que aprendes de él, de las personas y que las ves en situaciones que están, pues, con una enfermedad muy grave, o los ves muy, que tú pensarías ‘¡ostras! en esa situación, no sé cómo actuaría’, y los ves con una fortaleza, que mientras yo a veces con cosas más sencillas me vengo abajo y los ves a ellos y dices es que no, con la fortaleza, y de todo eso aprendes, el trato con la gente, la gente, que hay gente muy agradecida, y te hacen sentir muy bien, ¿sabes?, que valora mucho el trabajo. Yo también, antes, de la enfermería, de estudiar la enfermería, no la tenía con la imagen que la tengo ahora. Yo creo que la enfermería no se valora para nada. O sea todo lo que abarca el estudio de enfermería, que bueno igual son pinceladas, no es como medicina que es todo tan, aún más a fondo, enfermería son más pinceladas, pero tocamos todo, un poquito de*

*todo y hacemos muchísima faena. Y yo creo que, la sociedad no lo valora, todo lo que llegamos a hacer. Hay gente que sí, que lo reconoce y que lo agradece, pero hay otra gente que..., bueno hay de todo, (...)" (E1, Est Rosa, 2:38)*

Para Rosa, una de las estudiantes, la enfermería le aporta tanto hacia adentro, al sentirse reconocida, valorada y que hace un bien a alguien; como hacia afuera, los conocimientos y la relación terapéutica que establece con el paciente:

*"Si, aportar de conocimiento y aportar sentimentalmente tantas sensaciones de, ¿sabes?, que te sientes valorada, te sientes lo que tú has dicho, reconocida, de que estás haciendo un bien por alguien. Y ya ves que sólo estamos en prácticas, que tampoco..., que somos estudiantes, que a duras penas sobrellevamos la planta como se dice. Pero, yo creo que la gente con el estudiante se suelta más, igual, no es que se suelte pero igual, también te apoyan más, tú lo sientes, (...) te ven como la estudiante y también yo creo que valoran eso, ¿no?, que tú solo por el simple hecho de aprender vayas allí y vayas con ganas, yo creo que también te lo valoran mucho, (...)" (E2; Est Rosa 2:70)*

La estudiante se interrelaciona además de con la persona hospitalizada, con la enfermera, con los procedimientos clínicos, con los tiempos, espacios y organización de la Unidad. El/la estudiante interactúa con el medio acorde a su singularidad, va a la práctica clínica con lo que es y lo que no es en un momento y lugar dado, se vale de sus sentimientos y percepciones para evaluar las experiencias clínicas que se le presentan, y para elaborar una reflexión de sí misma respecto a su ejecución clínica y su repercusión en el trabajo de la enfermera. En algunos momentos, siente que le da más *feina* "trabajo" a la enfermera:

*"Dijous em vaig sentir una mica malament, va ser un dia de molta feina i vaig veure a la meva infermera angoixada. Per tal d'ensenyar-me el protocol de canvi de nutrició parenteral em va deixar que la realitzes jo, i sóc conscient que encara no tinc gaire agilitat i trigo més temps del que ella empraria, i vaig sentir-me malament perquè vaig tindre la sensació que a més de la seva feina jo li estava donant més feina. Vaig parlar-ho amb ella i em va dir que no m'havia d'amoïnar, que els protocols requereixen molt de temps i que a aquesta unitat hi ha molta feina.*

*Respuesta de la profesora Blanca al diario de la estudiante: "El fet d'adonar-te de la carrega que suposa l'estudiant per a la infermera ja es un punt molt positiu perquè segur que hi posaràs tot l'esforç per poder agafar el ritme el més aviat possible." (D1, Est Rosa, 1:14)*

Tanto la enfermera como la estudiante tienen la capacidad de estar abiertas o no al diálogo, de expresar sus pensamientos y sentimientos. En este caso, Rosa, como narra en su primer diario, lo habló con su enfermera. La respuesta de la profesora asociada a la estudiante es un claro ejemplo de relación de cuidado. Por otro lado, cabe precisar que debido a que Rosa era una estudiante del primer grupo, no pude interrogar a la enfermera respecto a lo anterior. Por tanto, algunas cuestiones que emergieron y quedaron abiertas fueron: ¿Qué lleva a la estudiante a sentir que le da más tarea a la enfermera, o quizá, a sentirse una carga?, ¿Qué connotación tiene la expresión 'carga para la enfermera'?, ¿Cómo este sentirse una carga para el otro influye en la internalización de la cultura enfermera?

El/la estudiante valora que no se le vea como un estudiante, que no se le cosifique y que se le vea como persona. Necesita sentirse valorado y reconocido, sentirse escuchada/o, sentirse importante, útil, sentirse capaz de desempeñar el rol profesional y que le deleguen ciertas responsabilidades, sentir que no está para quitar faena y que no es una pesada o un estorbo:

*“(...) como decir ‘mira, hay alguien que no me ve como una estudiante’, no sé, como a veces los estudiantes es como que estorban un poco, que son los que hacen todo lo que los demás no quieren hacer, y ellas [enfermeras planta B] es como que nos valoran un poco más. Yo al menos el año pasado me sentía un poco más como para hacer lo que, ¿sabes?, todo lo de higiene y todo eso y aquí te dejan hacerlo casi todo para que tu aprendas lo que tú quieras, que hay una analítica ‘hazla tú’, que no te atreves o no ves bien, ‘ya la haré yo’, pero te dejan hacerlo todo para que tú aprendas, ¿sabes?, pero te valoran. (...) (Nelly: ¿Te da esa confianza para tu poder preguntar?) Exacto y te escucha, y no sentirte una pesada, ¿sabes?, porque cuando eres estudiante a veces te sientes un poco pesada. (Nelly: ¿Pesada en qué sentido?) De que preguntas muchas cosas y que de todo lo que haces lo cuestionas todo.” (C1, Est Antonia, 4:228)*

*“yo veía que me trataba como igual, no me trataba como si fuese una estudiante, me trataba como, a ver tampoco como enfermera, pero que no me trababa de menos, como si no supiera nada.” (C2, Est Miriam, 4:177)*

### **6.3.1.2 ‘Como estudiantes nos tenemos que callar’.**

Por otro lado, el/la estudiante de enfermería en algunos momentos siente estar un escalón por debajo, cuando se le subordina, se le instrumentaliza y se le ve como un receptor bancario de

conocimientos del estudiante (Freire, 1997b). En estas situaciones, las/os estudiantes a costa de no jugarse la nota o evitar tensiones en la relación con el/la enfermero/a o el equipo de la unidad, deciden no expresar lo que genuinamente sienten o piensan. El siguiente diálogo entre una estudiante y la investigadora ilustra esta idea:

***“La relación con tu enfermero cuenta mucho si no te llevas bien, aunque lo hagas todo muy bien te puede poner mala nota y si te llevas súperbien con tu enfermero, aunque todo lo hagas mal, te va a poner buena nota, entonces no voy a jugarme la nota por decirle algo que creo que no le va a gustar, porque a lo mejor le digo 'oye me dejas hacer no sé qué', y ella se enfada enseguida y no quiero que se enfade conmigo. En otro caso si se lo diría, pero en este prefiero no decir nada y ya está, porque ya me voy ¿eh?, si no, aún se lo digo. (...) Siempre, es lo mismo, o sea, con la gente que está por encima tuyo cuando te están evaluando, con los profesores, con los enfermeros aquí en el hospital es mejor si quieres que no la pases tan mal, no decirlo, no podemos, nos tenemos que callar, eso creo que ya te lo había dicho alguna vez, que no lo podemos decir todo, si es que hay casos que sí y hay casos que te tienes que aguantar y callarte. (Nelly: ¿Por qué dices que están encima de ti?) Irene: Sí, están encima nuestro. Los estudiantes somos los de abajo del todo, por ejemplo ya no sólo del tema de académico, no sólo de profesores y eso, aquí en el hospital imagínate como si estuviésemos trabajando, yo no puedo ir a decirle al médico que ha hecho algo mal, o él ya no me evalúa a mí ni nada, ya no por eso, ya no por las prácticas pero estando aquí trabajando yo no le puedo decir ni al médico ni a la enfermera ni al auxiliar que están haciendo algo mal, porque yo soy la de debajo del todo y eso puede repercutir en muchas cosas, tanto en la nota como en mal rollo.”*** (E, Est Irene, 4:64, 4:65)

En los seminarios aquella sensación de callar era también tema de discusión entre las/os estudiantes y la profesora asociada, el siguiente diálogo en uno de ellos ilustra lo anterior:

***“Prof. Blanca: Puedes dar tu opinión, lo que pasa es que a veces no puedes encontrar una respuesta con él, bueno con un médico o con el paciente, se pueden cuestionar, siempre es como que el capitán manda y los de abajo obedecen ¡claro!, y a veces no fluye al revés porque el de abajo dice algo y no llega al de arriba o lo ve como que no tiene criterio, o sea, es que a mí me pasa a veces. Irene: Es que por eso como dicen que no tenemos criterio, yo me callo siempre, yo no digo nada. Prof. Blanca: No, tú puedes opinar Irene: Pero es que luego te miran, '¡qué dices!'. (...)”*** (OS, Grupo II, 3:241)

Posición que adopta el estudiante y que se gesta en su formación básica:

***“Irene: Si tenías algún problema en el Instituto con un profesor en teoría tenías que hablar con tu tutor, pero si tu tutor era amigo del otro profesor no haría nada,***

*contrario te ganarías un mal rollo, eso de que los profesores no tienen manía es mentira. Eso es mentira porque son personas y verdad que a ti no te cae bien todo el mundo, pues a los profesores no les caen bien todos los alumnos, (...) yo al tutor en el Instituto no lo utilizaba para nada, **si tenía algún problema me lo comía con patatas**, y aquí lo que pasa es lo mismo, porque yo le puedo decir a Blanca algunas cosas pero tampoco puedo ir a explicarle todo lo que me pasa aquí, es eso. (Nelly: También te lo comes con patatas) Claro o en este caso te lo explicamos a ti [reímos].” (E, Est Irene, 4:66)*

Y que lleva a que el sujeto adopte una posición pasiva, con estrecho margen de libertad para expresar su pensamiento y sentimiento, y, con tendencia a estar centrado/a más en las decisiones del otro/a:

*“(...) a mí lo que me sienta mal es cuando no se me da la oportunidad de hacerlo, ¿sabes?, es cuando me siento mal, no cuando algo me sale mal, al revés es cuando ni siquiera me dan la oportunidad de decir ‘prueba’, y luego ya veremos si va mal. Entonces es cuando me siento mal porque pienso ‘¡jo!, esto luego lo tendré que hacer en un futuro, ¿sabes?, si no lo hago hoy quizá no lo voy a hacer nunca más hasta que esté trabajando ya’.*

*Nelly: [pregunta pausada] Y estabas diciendo eso que te sientes mal cuando no te dan la oportunidad de decir pruébalo y una pregunta que te hago ¿pero tú quizás interiormente quisieras decir 'me dejas o lo intento yo'?*

*Sonia: Si, si me encantaría, decirle ‘¿puedo?’. (Nelly: Si) **Pero no me sale de dentro, ni creo que sea conveniente.** (...) (Nelly: ¿o si quizás hay la posibilidad de negociarlo?)*

*Sonia: si él me lo pregunta sí, pero yo siempre soy de esperar, ¿sabes?, a que él decida dejarme hacer, yo siempre pienso que cuando yo sea enfermera ya tendré autonomía, de momento estoy aquí para aprender.” (C1, Est Sonia, 4:107)*

*“ella es la profesora, me corrige, y yo de alumna aprendo, es así.” (E, EstSonia, 4:118)*

*“(...) cuando entro a una habitación a hacer algo con él [el enfermero], pues, igual me quedo un poco más, como un poco más pendiente de que él me vaya diciendo qué hacemos, ¿sabes?, y, pues cuando ya tú estás sola, pues ya te organizas. Cuando voy con Jordi 'cuando tú me digas yo hago'. (...) es como que bajo un escalón, no sé cómo decirte.” (E, Est Antonia, 4:233)*

¿Cómo promover/construir relaciones de diálogo, horizontalidad y de confianza cuando se ha sido instruido en espacios institucionales y/o relaciones con carácter vertical y jerárquicos/as desde la infancia?, ¿Cómo hacer visible la aportación del y de la estudiante de enfermería en los espacios prácticos?, ¿Cómo sentir lo que el/la estudiante lleva dentro?, ¿Cómo estar abiertos a

dejarnos sentir lo que el/la estudiante trae, lo que el/la estudiante ofrece?, ¿Cómo llegar a conectar genuinamente con la necesidad del estudiante? Preguntas que de momento dejo abiertas y a modo sugerente para la reflexión del y de la lector/a, de las cuales procuraré dar respuesta o aproximarme a éstas en el presente capítulo de resultados.

### ***6.3.1.3 Preocupaciones ejes del estudiante de enfermería en el primer momento del prácticum.***

En las observaciones realizadas pude captar tres momentos álgidos que preocupan al estudiante, a saber: los días previos y primer contacto (primeras semanas) con el mundo hospitalario, la rotación de unidad alrededor de la 7ª semana de la práctica clínica y la presentación del Examen In Situ coincidente con la finalización de esta etapa de formación clínica.

#### *Los primeros días*

El comienzo (días previos y primeras semanas) de la práctica clínica se presenta como un momento incierto para la/el estudiante, se vive con inseguridad, temor, miedo a lo desconocido. El primer contacto con la realidad hospitalaria es vital para apaciguar dichos temores y sentir aligeramiento. Una de las principales preocupaciones en aquel primer momento de la experiencia práctica es conocer al o a la enfermero/a tutor/a de la práctica clínica.

Aura es una de las estudiantes que narra en su primer diario reflexivo aquellas vivencias y situaciones que fueron importantes para ella en esta primera semana del prácticum. Inicia su relato con la vivencia de días previos y aquella dificultad para conciliar el sueño, continua su narración mostrando detalles de ese primer día del prácticum, sus sensaciones y vivencias, en él enfatiza que toda su preocupación estaba centrada en quién iba a ser su enfermero/a tutor/a de prácticas:

*"Al fin llegó el esperado, y a la vez temido, lunes 21 de febrero. Días antes, ya me costaba conciliar el sueño, e incluso, una vez dormida, me venían al pensamiento imágenes, conceptos y procedimientos que, posiblemente, iba a vivir durante este nuevo ciclo docente. Dicho esto, allí me encontraba yo, en la Sala de Actos del Hospital, rodeada de compañeros que apenas conocía y con un manojo de nervios que hacían que mi corazón galopara. Una vez acabada la presentación, llegó el momento de conocer mi planta, la A. Nada más aparecer por la unidad, Blanca me presentó al que iba a ser mi enfermero de referencia, Carles, y al fin **pude suspirar aliviada por la suerte que había tenido. Toda mi preocupación hasta entonces se centraba sobre quién iba a ser mi referente, más que en la duración y/o complejidad de las prácticas.**" (D1, Est Aura, 1:309)*

Preocupación que está relacionada con sentirse ignorada como persona en el primer prácticum (introductorio) por su enfermera tutora, tal como lo relata, y las estrategias a las que ella como estudiante recurre, como el espabilar para aprender y aprender la relación de ayuda que establecía la enfermera con el paciente:

*"Esta inquietud venía dada por la "mala experiencia" vivida en mi primer prácticum, pues mi enfermera ignoraba tanto su función docente como a mi persona, cosa que hizo que me tuviera que espabilar si quería aprender algo. También, he de decir que no todo era malo, pues la relación de ayuda (enfermera-paciente) ejercida por mi referente era ejemplar y digna de aprender." (D1, Est Aura, 1:309)*

Aura continúa relatando cómo la relación de tutoría que desde un primer momento está abierta hacia el estudiante, le facilita situarse/ hacerse al lugar, además de tener resonancia en su aprendizaje. Valora positivamente en la enseñanza del enfermero cualidades como la paciencia para el acto de enseñar, la disposición para responder a las dudas y las muestras de confianza hacia la estudiante, lo que le ha permitido una *liberación de miedos* que traía a la experiencia práctica. Una práctica de tutoría que de inmediato la hace copartícipe en las actividades de cuidado, la sumerge en el mundo clínico:

*"Carles, una vez puesta en sus manos, me presentó a todo el equipo de la unidad, la distribución de ésta y las actividades que teníamos que llevar a cabo. Así pues, en seguida nos pusimos manos a la obra en la realización de protocolos (alimentación parenteral, curas de heridas quirúrgicas, de drenajes, etc.), administración de medicación, funcionamiento de las bombas de infusión, etc." (D1, Est Aura, 1:309)*

*"En resumen, esta primera semana ha sido estupenda, a la vez de una liberación de miedos que presentaba, como antes he mencionado. **He aprendido mucho** y doy*

*gracias de tener a un enfermero que tiene la “santa paciencia” de enseñarme, de atenderme en todas mis dudas y de mostrar confianza en mí para la realización de las actividades planificadas. A su vez, también debo mencionar el gran equipo existente en dicha unidad, en el cual, todo es de todos y en donde la imposición o la vagancia quedan desterradas para ser suplidas por el compañerismo, la cohesión y la buena voluntad.” (D1, Est Aura, 1:6)*

En estas últimas líneas, Aura recoge sus primeras impresiones respecto al equipo de la unidad, en diarios posteriores manifiesta la importancia que tiene para ella la confianza y el apoyo del equipo:

*“He de reconocer que todo el equipo se vuelca con nosotros y nos dan pie y apoyo en la realización de dichas actividades, cosa que nos genera cierta tranquilidad pues nos muestran su voto de confianza y apoyo en la puesta en práctica y en la aportación de nuevos conocimientos.” (D3, Est Aura, 1:51)*

Otra de las estudiantes, Irene, en su primer diario deja entrever sentirse nerviosa antes de conocer a su enfermero de referencia, quien le inspiró confianza. En las narraciones de las estudiantes emerge esa idea de **tener suerte** con el/la tutor/a asignado/a. En un primer momento la estudiante ya aprecia algunas cualidades de la tutoría clínica como la explicación, el ponerla a prueba con preguntas, y la motivación que esto le genera a ella para su aprendizaje. Su experiencia vivida en el prácticum anterior le permite a ella tener un punto de referencia y de contraste para valorar la actual experiencia:

*"El primer dia vaig tenir una infermera que em va agradar molt i em va ajudar bastant a orientar-me. El segon dia ja vaig estar amb el meu infermer, que abans de conèixer-lo estava una mica nerviosa, però de seguida em va inspirar confiança. M'agrada perquè m'ho explica tot molt bé, i de tant en tant em posa a prova amb alguna pregunta, cosa que em motiva. Estic molt contenta i molt a gust amb l'equip, i estic aprenent moltíssim.*

*Sé que he tingut molta sort amb l'infermer que m'han assignat, i per això em preocupa la rotació, perquè l'any passat a les Estadets Clíniques I no vaig tenir tanta sort: vaig tenir set infermeres diferents en les sis setmanes que van durar les pràctiques. Entenc que ens hem de saber adaptar a tot, però em sabia greu tornar a trobar-me amb el mateix." (D1, Est Irene, 3:24)*



Otras de las preocupaciones que paralelamente van surgiendo en este primer momento son: conocer el equipo de la unidad, la dinámica y organización de la unidad y las normas del hospital:

*"Els dies abans de començar practiques vaig estar molt nerviosa, em preocupo molt quan haig d'anar a llocs nous i haig d'estar amb gent que no coneix-ho. Quan vaig arribar a la unitat que hem corresponia i vaig conèixer l'equip que treballa allà vaig quedar-me molt tranquil·la."* (D1, Est Rosa, 1:8)

*"Durant aquesta primera setmana de practiques he estat ubicant-me a la unitat, amb les infermeres i les auxiliars, amb els pacients, amb la forma de treballar i les normes de l'hospital, etc. El primer dia de pràctiques, tot i haver fet ja les introductòries, estava molt nerviosa ja que **no sabia que em trobaria**, mai havia estat a aquest hospital, no sabia com era, ni com funcionava, no sabia com seria la meva infermera i tenia una mica de por i de nervis per tota la situació en general."* (D1, Est Carla, 1:312)

Esteban narra sobre ese notarse 'falta de práctica y torpe', además de la impronta respecto al saber hacerlo todo y perfecto:

*"La primera semana la puedo resumir como la reincorporación al entorno hospitalario. Después de varios meses sin estar en un hospital me notaba **falta de práctica y torpe** a la hora de realizar las tareas, pensando que me costaría coger de nuevo la dinámica de trabajo de enfermería, pero a lo largo de los primeros días fue desapareciendo y **me sentí más confiado** conmigo mismo porque me gustaría **saber hacerlo todo** y que esté **perfecto** y cuando eso no ocurre **me angustia** un poco. Respuesta de la Profesora Blanca: "Todos necesitamos un periodo de ubicación y adaptación a las unidades y equipos. Date un tiempo prudencial para adquirirlo." (D1, Est Esteban, 1:28)*

En la entrevista a Miriam, la estudiante expone de una manera densa los sentimientos e impresiones de la experiencia de incertidumbre vivida en su prácticum, la cual se mezcla con el miedo a lo desconocido, la inseguridad, la sensación de ser un estorbo o una carga para la enfermera, el no-saber, el entrar en contacto con la experiencia del enfermo, la importancia de la experiencia práctica que le deja ver la magnitud de la enfermedad '*¡madre mía, que se mueren!*', el cuestionarse por su saber hacer '*¿sabré hacer esto?, ¿valdré?*', la sensación de estar condicionada a llevarse bien con el personal de la unidad y especialmente con la enfermera de

referencia. Ella introduce algunas cualidades personales propias como la iniciativa y la motivación, que de manera dinámica le hacen sentir que poco a poco va adquiriendo la soltura y la confianza en la práctica clínica:

*"(...) sí que es verdad que al principio cuando empiezas, pues, empiezas un poco en plan '¡ay! ¡Qué miedo!', porque claro **primero que te sientes un estorbo, segundo que por mucha materia que tú des hasta que no estás en contacto con el enfermo.** Te puedes hacer una idea de la patología o te puede sonar lo del EPOC<sup>82</sup> y tal, pero yo no sabía en profundidad todo, yo no sabía cómo lo vivían las personas y ... decir: '¡madre mía, que se mueren!', **tu mente por mucho papel y por muchas experiencias, hasta que no lo ves no te das cuenta de la magnitud de las cosas, entonces ¡claro! vas con el miedo, vas con la inseguridad, vas con la cosa de ¿sabré hacer esto?, ¿valdré?, también vas un poco condicionada '¿a ver si te vas a llevar bien o vas a estar a gusto dentro de la unidad de trabajo?', porque es que si encima estás insegura y estás a disgusto, es un poco yo creo que todo el mundo tiene ese miedo, ¿no?, pero claro es al principio, luego claro poquito a poco vas haciendo y dices '¡ay! hoy me ha salido bien', y al día siguiente dices 'venga, que si ayer me salió bien hoy también me tiene que salir', y como que te vas animando tú sola un poco, y sí que es verdad que al principio a lo mejor... Yo iniciativa considero que tengo siempre, iniciativa en decir 'vamos a hacer esto', aunque no lo haya hecho nunca, digo: 'Yo lo hago', bueno por lo menos intentarlo, lo voy a intentar aunque no vaya a salir, (...) sí que es verdad que **al principio estás así, pero claro ya si tú te vas animando, vas cogiendo tu soltura, confianza, ya sabes dónde están las cosas, si te piden guantes, si te piden tal medicación sabes dónde están, ubicarte, (...)**" (E, Est Miriam, 4:189)***

Miriam le asigna importancia tanto al hecho de estar ubicada en la unidad como a la relación establecida con su enfermera de referencia y la resonancia de esta relación en su aprendizaje:

*"...cuando una vez estás ubicado y tienes a tu enfermero, tu enfermera, que encima es también súperimportante yo creo, cuando tú estás mal con tu enfermero o enfermera es que ya ni aprendes porque estás más preocupado, estás más por la presión de no hacer nada que le pueda molestar que de aprender." (E, Est Miriam, 4:189)*

#### **6.3.1.4 Preocupación de la/el estudiante ante la rotación de unidad: Momento de incerteza respecto al ser enfermera/o.**

Otro de los momentos cumbre de la práctica clínica es el cambio de unidad alrededor de la 7ª semana práctica. Genera incertidumbre y en ocasiones se presenta como un punto álgido que

---

<sup>82</sup> EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)

agudiza momentos de crisis y de autorreflexión respecto al devenir profesional del estudiante. Este momento es vivido como un volver a comenzar, empezar otra vez de cero, en él hay una suerte de extrañamiento por la soltura y confianza adquirida y por dejar atrás una unidad (equipo de enfermería) que ha mostrado una actitud de disposición hacia el estudiante:

*"...las dos últimas semanas que tú ves que estas más a tope que ya te puedes tú desenvolver, que estás para arriba y para abajo, que es cuando verdaderamente estás disfrutando, de decir: '¡ahora sí!', es cuando tú dices cambio de unidad al final de las prácticas, entonces me da un poco de rabia." (E, Est Miriam, 4:189)*

*"Ya me encuentro rozando el final de la primera parte del prácticum y parece mentira que ya hayan transcurrido casi los dos meses, por lo que, en breve, me tocará rotar a otra unidad, a Urología. Dicha rotación, por una parte, me motiva, pues conoceré nuevas patologías, tratamientos, procedimientos, protocolos y dinámica de trabajo, entre otras, cosa que ampliará todavía más, los conocimientos que este prácticum me está ofreciendo pero, por otra parte, me genera cierta tristeza pues tendré que abandonar una unidad (equipo) que se "ha portado" muy bien conmigo, ofreciéndose siempre a enseñarme, a resolverme dudas, a ponerme a prueba, etc. Realmente, los añoraré pero quién sabe, puede que en la próxima unidad también tenga una buena experiencia." (D6, Est Aura, 1:122)*

De igual manera, emerge de nuevo la preocupación por la relación con la enfermera tutora de la siguiente rotación clínica:

*"Esta semana hemos empezado después de las vacaciones de Semana Santa, en otra unidad. Los dos primeros días han sido los más duros, ya que es otra vez una nueva unidad, el tener que acostumbrarte a otras habitaciones, otros pacientes, otras patologías, otro equipo profesional, la verdad que se me ha hecho un poco cuesta arriba.*

*He estado sufriendo por mi enfermera, ya que no sabía qué me iba a encontrar, aunque Rosa me había comentado que era muy maja, pero tenía mucho miedo. La verdad es que sí que es una enfermera muy simpática y profesional, se le nota que le gusta enseñar y que deposita confianza en mí." (D7, Est Carla, 1:185)*

En el siguiente diario, Carla narra lo que ha implicado adaptarse el cambio de unidad, hace una autorreflexión y la resonancia de aquello en su actitud hacia el cambio:

*"La veritat que m'ha costat molt adaptar-me al canvi d'unitat. Suposo que per la dinàmica diferent que segueix i al canvi d'infermera, que és canviar d'una persona a*

*la que s'està acostumat a una que no coneixes i no saps com és, ni com treballa, ni si hi haurà bona compenetració, és anar a un altre lloc completament a cegues.*

*Encara que també he de dir que era en part culpa meva, ja que havia anat pensant que no podria estar millor que en la unitat que deixava, havia anat sense ganes de canviar d'unitat, sí amb ganes d'aprendre noves coses, però no de canviar les persones amb les que estava, i llavors **jo crec que m'havia limitat jo mateixa a adaptar-me.***

*Afortunadament, torno a estar molt contenta, trobant a faltar l'antiga unitat, però més positiva, amb ganes d'anar a les pràctiques, d'aprendre coses noves, i contenta amb la unitat, les persones i la meva infermera. També he de dir que estic aprenent i entenent moltes coses d'urologia i de les malalties renals que abans no entenia, així que he d'admetre que el canvi ha estat molt positiu.” (D8, Est Carla, 1:240)*

En el caso de Rosa enfrentarse a un momento de cambio y a situaciones inciertas y complejas le condicionó para adoptar una actitud no muy positiva tal como lo narra en el diario. Fue un momento de cúmulo de sentimientos, de sentirse ‘comprimida’, (tal como me lo relató en una conversación al final de uno de los seminarios) que se anudó con la experiencia familiar de aquel momento y sus rasgos personales. Su narración me deja entrever su mirada *hacia sí* y su mirada multidimensional *hacia la realidad*. Nótese la implicación (conexión emocional) y acompañamiento de la profesora hacia el sentir de la estudiante en la consideración reflexiva que realiza al relato de la estudiante:

*“Los primeros días en la nueva unidad me sentí un poco desubicada. En la unidad D he estado muy bien, creo que es por esa razón por la que ya tenía en mente que el cambio de unidad no me iba a gustar. Reconozco que ir pensando que algo no te va a gustar ya te condiciona a que realmente sientas eso.*

*Pese a que mi actitud no era muy positiva creo que el primer día en la unidad no favoreció a que yo cambiara de opinión acerca del cambio, nadie me enseñó la ubicación de la unidad, apenas entré en las habitaciones...del primer día tengo la sensación de que no hice nada. Todas comentaban que era un día muy tranquilo y que no tenían nada que hacer, a mí me pasó el tiempo muy despacio.*

*El segundo día tuve nueva enfermera, ella tiene reducción de jornada, debería de haber venido su “mochila”, pero casualmente ese día estaba enferma y no podría venir, así que no sabían con quién iba a estar. Yo soy una persona muy tímida, que me cuesta mucho coger confianza con la gente y darme a conocer, por eso tantos cambios me ponen nerviosa.*

*La verdad es que ese día ya venía nerviosa de casa por unos problemas familiares y creo que eso también influyó en que me pusiera a llorar cuando mi tutora [hace referencia a la profesora Blanca] vino a la unidad a preguntarme sobre el cambio. Realmente no sé por qué reaccioné así, creo que fue por un cúmulo de sentimientos.*

*Respuesta de la Profesora Blanca al diario de la estudiante: “Los sentimientos son imprevisibles, y sé lo que digo pues en muchas ocasiones he pensado no reaccionar de*

*una forma y después no he podido pues la situación te supera. De todos modos creo que se puede aprender, y tanto tú como yo debemos hacerlo.” (D8, Est Rosa, 1:221)*

También emergen momentos de duda y preocupación por la incertidumbre de su futuro profesional *"No sé si voy por el camino correcto"*, como en el caso de Irene:

*"Aquesta ha sigut la meva última setmana a la unitat que he estat aquests gairebé dos mesos. (...) Tot i que tinc curiositat per veure què m'espera a on aniré ara, **em fa por que no m'agradi tant, o que no aprengui tant, i em desanimi. En realitat ja ho estic una mica. I és que m'ha agradat molt fer el que he fet durant aquest temps, però ara que he acabat un període, em plantejo si això és el que vull fer d'ara en endavant, i no ho tinc clar.***

*Vull dir que encara que m'agrada el que faig dia a dia a l'hospital, no estic segura de si és al que em vull dedicar per sempre. Suposo que fins que no ho hagi vist tot no podré decidir, però...*

*Suposo que també influeix el fet de que aquest curs, en general, **no estic gaire animada perquè les assignatures que estem fent no em motiven massa. I entre una cosa i l'altra, estic en un moment que em sorgeixen dubtes, i no sé si vaig pel camí correcte.**" (D6, Est Irene, 3:96)*

En la entrevista con Irene realizada al finalizar sus prácticas clínicas, aparece este sentimiento de duda y de perplejidad que la lleva a preguntarse por su futuro profesional y el tomar la decisión de ser una enfermera:

*"(...) ya le veo un poco más de sentido a todo, pero en ese momento [cambio de unidad] aún no había hecho ningún examen, estaba yendo a clase por ir y sentía que iba a rotar y que no que iba a estar dos meses, que al final he estado bien, pero era un poco por todo que estaba, no sabía si lo estaba haciendo bien, porque no sabía si me gustaría estar aquí o qué, y se me juntaba todo un poco.*

*Nelly: ¿Cómo un poco de incertidumbre?*

*Irene: Sí, ya había tenido otras veces, el año pasado también, porque sí me gusta bastante lo que hago, pero ese momento de la rotación me puse a pensar '**¿es esto es lo que quiero hacer el resto de mi vida?**', y es que no lo sé aún. (...) me gusta la carrera, por las asignaturas teóricas más o menos, pero me la pasé bien aquí en las prácticas, aprendo, me gusta lo que aprendo, me gusta hacer esto pero no sé si quiero ser esto." (E, Est Irene, 4:88)*

*"[...] una de las cosas que me echa pa'atras es eso, que tengo mucha responsabilidad sobre el paciente." (E, Est Irene, 4:91)*

Llama la atención que los relatos de las estudiantes mencionan una y otra vez esos miedos hacia el futuro profesional, miedos que anidan en la actual situación sanitaria del país y de Catalunya:

*"Aunque la semana me haya hecho sentir mejor a nivel de seguridad y de aprendizaje, sigo con la inseguridad en mi carrera. Me siento con miedo hacia el futuro por no saber qué es lo que me depara, qué me voy a encontrar, cómo me voy a encontrar las cosas y con qué situaciones voy a tener que lidiar.*

*El hecho de ver casi a diario a enfermeras llorando, nerviosas, cuchichear por los pasillos sobre la situación en la que se encuentran, o con la inseguridad diaria de saber que el día menos pensado pueden saltar de la unidad en la que se encuentran o simplemente ir a la calle. Intento visualizar mi futuro y sinceramente no lo veo o lo veo muy negro, hay veces incluso que me pregunto qué hago estudiando esto sabiendo cómo están las cosas y sabiendo que cuando yo salga las cosas van a seguir muy difíciles. La verdad es que lo veo todo muy complicado e incluso me genera ansiedad."* (D3, Est Miriam, 3:196)

Es probable que la inmersión del estudiante en la realidad hospitalaria sea un momento clave para la reflexión sobre sí delante del mundo hospitalario, que lo lleva a indagarse y/o replantearse su futuro profesional:

*"Quizá al leer este diario suene algo pesimista, en realidad es el estado en el que me encuentro ahora mismo, pero supongo que sólo será una fase más de la carrera, en la que te preguntas si realmente sirves para ello. Supongo que la respuesta no la tienen más que los años que me quedan por delante y la experiencia que debo adquirir."* (D8, Est Sonia, 3:161)

Lo anterior está relacionado con los hallazgos del estudio de Tseng et al. (2013), quienes tratan los conflictos experimentados por el/la estudiante al tomar la decisión de ser un/a enfermero/a, relacionados con las preocupaciones sobre el ambiente de trabajo y competencias profesionales; los estudiantes de enfermería deciden convertirse en un/a enfermero/a a través de la identificación de la propia competencia de enfermería en la práctica de enfermería. Pero al mismo tiempo, afirman estos autores, los estudiantes pueden optar por no serlo debido a la negativa percepción hacia la enfermería y su ejercicio en ambientes insatisfactorios. Algunos estudiantes de su estudio manifestaron sentirse abrumados por las situaciones estresantes y cambiantes en sus experiencias clínicas y por el sentido de responsabilidad de la enfermería.

### 6.3.1.5 Preocupación por el examen in situ en su etapa final del prácticum hospitalario.

Otro punto álgido en la experiencia práctica de las estudiantes es la preocupación por el examen in situ en la etapa final, preocupación que está latente a lo largo del prácticum pero que se acrecienta en las semanas de finalización de éste. En el grupo de estudiantes abundan las creencias de hacer la presentación sin errores ni equivocaciones y de que será evaluado hasta en lo más nimio:

*"Ara la meva gran preocupació recau en el PAE "in situ" i en els exàmens, que se m'ajunta tot. Tinc por de no poder amb tot, o de quedar-me en blanc o de mil coses, la veritat. Jo sóc una persona a la que li costa molt exposar oralment les coses, i sabent que es un examen encara més, em poso molt nerviosa, no em surten les paraules, tremolo, tartamudejo, em superen els nervis, i de vegades tinc lapsus i se m'obliden coses per culpa dels nervis. Però espero fer-ho bé, ho intentaré i m'esforçaré per no oblidar-me de res i fer-ho bé, sense errors ni equivocacions."* (D8, Est Carla, 1:241)

*"Ahora se presenta los últimos esfuerzos, el trabajo de enfermera clínica y el ultimo Pae con el in situ. He **aprendido de mis errores en mis otros PAEs** y este último tengo que hacerlo impecable o al menos lo mejor posible para que no hayan fallos tontos o importantes. (...)"* (D8, Est Daniel, 1:242)

La profesora Blanca acompaña al estudiante en su reflexión con recomendaciones para la presentación del examen, también pueden apreciarse algunos rasgos que ella emplea en su práctica pedagógica como la contextualización y la mirada global del individuo (documentados más adelante):

*"Respuesta de la Profesora Blanca al diario del estudiante: "Los PAEs anteriores sirven para aprender a valorar a los pacientes y verlos como un todo integrando todas sus necesidades y un contexto determinado, por otro lado sirve para aprender de los errores como tú dices y llegar bien preparado al in situ. Recuerda todo lo comentado en los seminarios y en las explicaciones individuales."* (D8, Est Daniel, 1:242)

*"(...) estaba súper nerviosa, luego me fui calmando pero también empecé muy nerviosa. Es que me están evaluando y yo creo que te condiciona el saber que te están controlando todo lo que tú dices, que no me salían ni las palabras, que a veces me sacaba la frase Blanca, que me quedaba trabada y no me salía."* (E, Est Rosa, 2:97)

En mis observaciones pude constatar como continuamente las/os estudiantes preguntan a la profesora Blanca, tanto al comienzo como al final del seminario del prácticum, respecto a qué se evalúa y cómo se realiza dicho examen. Uno de los seminarios observados comenzó con algo inesperado, el llanto de Rosa, un llanto que dejó en silencio el aula y que dejó entrever su nivel de estrés y presión por los exámenes, el in situ, trabajos pendientes de otras asignaturas, la presentación de la entrevista de la enfermera clínica, la propia práctica clínica, además de las circunstancias personales, familiares y laborales que como persona la envuelven:

*"La profesora Blanca se queda frente a ellos/as, de pie, se dirige hacia ellos/as para comentar las fechas de presentación de la entrevista de la enfermera clínica. Comenta que la fecha de la presentación de la entrevista será el 3 de junio a las 4pm., Carla y Rosa comentan que tienen exámenes justo aquel día, la respuesta del grupo fue evidente: '¿Por qué?' Sus expresiones mostraban cierto asombro, Aura se inclinó, Rosa de inmediato cayó en llanto. Un llanto que fue más notorio tras el silencio que impregnó el aula, un llanto que dejó entrever su nivel de estrés y de tensión. Ella inclinó su rostro y puso sus manos sobre su frente, fueron unos segundos, y luego bajó sus manos y las dejó sobre sus ojos tratando de limpiar sus lágrimas, manteniendo su rostro inclinado, de momento no era capaz de pronunciar palabra alguna, la emoción la arropaba, luego de aquel momentáneo silencio, se escucharon palabras de aliento por parte de algunos/as de sus compañeros/as hacia ella, entre ellos Aura. Blanca ante la situación dice algo así como "no os agobiéis (...) que hay solución" toma rápidamente su móvil en sus manos y se dispone a cambiar las fechas de presentación de los exámenes in situ, plantea la posibilidad de que Carla y Rosa no estén presentes en la exposición el viernes 3 y deja el próximo 1 de junio, en la hora del seminario, la posibilidad de que ellos destinen este horario para la preparación de la presentación y la realización del Power Point —propone que ellos(as) trabajen en la biblioteca o en el aula destinada para el seminario—. Los/as estudiantes aceptan las propuestas. Rosa continua en silencio." (OS8, Grupo I, 1:265)*

Ese llanto de Rosa es muy simbólico, es el detonante de que 'algo' pasa. Somos más que un cuerpo cognitivo y racional, somos pluridimensionales. Indagar respecto a ¿Qué me pasa delante de ésta situación? o ¿Cómo me relaciono delante de esta situación, delante de este paciente?, en muchas ocasiones se deja al margen del aula y la clínica, como no propio de la experiencia educativa. Me pregunto ¿Cómo docentes estamos preparadas/os para llevar a la/el estudiante a una reflexión sobre sí mismo y sobre lo que le pasa en sus vivencias prácticas? ¿Cómo una indagación sobre sí mismo impacta en el cuidado al paciente? ¿Será que el examen in situ es



vivido como una "amenaza final suspendida sobre la cabeza" del estudiante? A este respecto Paley (2006) señala "cuando se amenaza y se castiga, la relación entre el docente y los alumnos cambia" (p. 123), considero que cuando el examen es vivido como una amenaza, con tal tensión, no hay espacio para la mirada y el desplazamiento genuino hacia el estudiante ni tampoco para la apertura de éste hacia su tutor/a. ¿Cómo podemos pedir a las estudiantes que conecten con el otro/a si como docentes no hemos logrado conectar o desplazarnos hacia el estudiante?

La presentación del examen in situ se presenta como un momento de tensión, que en ocasiones desemboca en el llanto de la estudiante, un llanto que nace de la necesidad de desahogo y de descargar tensiones:

*"La verdad que también han sido semanas de mucha preocupación y tensión. He tenido dos exámenes muy juntos, se nos juntó la exposición de la enfermera clínica y **fue todo como un pequeño caos.** (...) Y por lo que más tensión tenía, el momento más temido de las prácticas, el "in situ" ya pasó por fin (...). Tengo que decir que se me pasaron varios problemas de colaboración por alto muy importantes, uno lo consideré como observación y realmente era un problema y no lo supe ver. Eso me desanimó mucho y salí hecha polvo ya que pensaba que lo haría mejor y no fue así. Al salir, con los nervios, la tensión y todo, se me hizo un nudo en la garganta y lo único que pude hacer para desahogarme y descargar todas las tensiones fue ponerme a llorar como una loca. Todo el mundo se quedó un poco parado ya que era una reacción que no se esperaban, pero me dio por ahí, no pude evitarlo, ya que he de reconocer que siempre he sido muy llorica.(...)" (D9, Est Carla, 1:283)*

Y también como una oportunidad para ver los errores y su impronta en el aprendizaje profesional:

*"(...) Pero al final, todo ha salido bien, y no puedo hacer nada ahora mismo ni dar marcha atrás para darme cuenta de las cosas, así que lo hecho, hecho está, esto solo me servirá para mejorar, ya que **de los errores se aprende.**" (D9, Est Carla, 1:283)*

La profesora en su respuesta al diario le hace un reconocimiento positivo respecto a su presentación y deja entrever su implicación hacia la estudiante:

*Respuesta de la Profesora Blanca al diario de la estudiante: "Yo también soy muy llorona, lo cual ni es bueno ni malo, solo que debemos aprender a controlarnos en*

*determinadas situaciones. El in situ genera mucho estrés en los estudiantes y algunos como tú lo descargan llorando, pero debes estar contenta porque lo defendiste bien.” (D9, Est Carla, 1:283)*

Al preguntar a Carla por el significado que le asigna al examen in situ, lo relaciona con el aprender a pasar el parte a un/a compañero/a informando de la situación clínica de la persona hospitalizada, distingue dos situaciones: pasar el parte y presentar el examen in situ. Este último posee la connotación evaluadora, que es la que en sí le genera presión:

*"(...) tú cuando le vas a pasar el parte a tu compañero, tú no tienes presión, que presión tienes solo, ¿sabes?, no te está examinando tu compañero, sois como dos iguales, en cambio cuando tú estas en el in situ sabes que te están examinando, que están mirando hasta si se te mueve la pestaña, ¿a ver?, están examinándote, están mirando todo, están mirando tu tono, todo influye, sabes, están mirando cómo te expresas, tu tono de voz, las palabras que utilizas, los conocimientos que tienes, ¿sabes?, tú sabes que están valorando todo eso entonces, pues, no es lo mismo, tú tienes una presión que si tú pasas un parte no la tienes.” (E, Est Carla, 2:95)*

La presión que Carla manifiesta al presentar el examen in situ parece estar relacionada con que una de las profesoras examinadoras no conoce a la estudiante de manera directa, con el objeto de que la evaluación sea objetiva, pretendiéndose así eliminar, algo indiscutible de hecho, la subjetividad en el momento de la evaluación.

Ya en mis primeros acercamientos a la profesora asociada percibí cierta necesidad sobre el cómo evaluar el prácticum, sin ese sesgo de la subjetividad:

*“(…) es como los in situ, a mí no me gusta hacerlos yo sola por eso, porque tú la conoces a esa alumna y si va otra persona que no la conocen y que sea otra persona de las que están asociadas es más imparcial, no ha visto los PAES que ha hecho anteriormente y no lo puede comparar con otro, no sabe si antes tenía un nivel más alto, más bajo o ha mejorado, es más imparcial, la conoce del momento y ya está y la juzga por lo que hace en ese momento. Como mucho la compara con los otros alumnos que ella ha tenido pero nada más, o con otros alumnos que haya tenido en otras ocasiones, pero no pierde tanto la objetividad porque no la conoce, claro yo a veces puedo ver que se equivoca y a lo mejor pienso ‘bueno, esto otras veces no se ha equivocado’, pero claro la que no la conoce no lo sabe si antes en otros casos lo ha*

*hecho mal o lo ha hecho bien, ¿sabes?, la juzga por lo que es en ese momento y por lo que dice y por la argumentación que da y ya está.” (E2, Prof. Blanca 4:244)*

Considero que esta preocupación por la objetividad, la neutralidad, es un rasgo propio de la pedagogía fundamentada en la racionalidad técnica, que promueve el distanciamiento relacional con el estudiante, mantener la subjetividad al margen de la evaluación y una preocupación más hacia el producto que hacia el proceso de aprendizaje del y de la estudiante.

En la entrevista con Antonia, hace referencia a esa presión de sentirse evaluada y observada ante la presencia poco empática de la profesora Diana —una de las coordinadoras del prácticum— en su práctica clínica, tal como pude evidenciarlo en la observación:

*“(…) es una situación que igual tú estás haciendo las cosas bien todos los días pero cuando viene alguien así en plan, no sé cómo decirte, como que te da respeto o, no sé, porque sabes que te va a puntuar, sabes que te va a tener en cuenta lo que tú le digas, parece que la mente se te apaga y te quedas en blanco, que son cosas que las sabes, pero que en ese momento como que te agobias y no das el cien por cien de ti, entonces eso, igual si lo hicieran como sin que nosotros nos diéramos cuenta, igual, igual todos sacaríamos mejor nota, ¿sabes lo que te quiero decir? O sea en vez de venir y cogerte y decir ‘vamos a hacer no sé qué’, y la otra mirándote ahí a ver cómo lo haces, pues tú estás allí, que lo quieres hacer todo tan bien que mira igual te sale o igual no, pero igual si vinieran a hacerte un examen, y nadie te dice nada y hay alguien observándote y tú no lo sabes, como tú estás tranquila lo haces igual que siempre, que lo puedes hacer bien o lo puedes hacer mal, pero no es igual que si tienes a alguien allí mirándote, (...) creo que eso nos presiona un poco y he hablado con más compañeras y están de acuerdo.*

*Nelly: ¿Como que la presencia, digámoslo así de la profesora genera? [Antonia: Presión, sí]*

*Antonia: Que igual si lo haces de otra manera ‘¿qué tal y cómo va?’, pero ella vino súper ‘y que no sé qué y que no sé cuánto’, como diciendo ‘esto no lo sabes’, como que era muy, que me quería pillar, ¿sabes?, entonces por eso, y me quedé agobiada porque luego hablé con los demás y a nadie más le hizo preguntas.” (C1, Est Antonia, 4:223)*

Al respecto Foucault (1979) afirma que el poder disciplinario se debe sin duda al uso de instrumentos simples como la inspección jerárquica, ésta consiste en la coacción por el juego de la mirada, la vigilancia jerarquizada que busca encauzar los comportamientos, las conductas, donde el otro es un objeto que ha de ser inspeccionado, controlado, observado y penalizado.

Este ritual de poder, excluyente, falto de respeto y doloroso para el/la estudiante puede generar en él/ella sumisión, desinterés, cansancio, silencio, obediencia, poco empoderamiento, lesionar su autoestima y disminuir su autonomía y autoridad. Es una evidencia de cómo la profesora *está sin el/la estudiante*, es una relación de alteridad en la que no se facilita ni favorece la expresión de pensamientos y sentimientos de manera asertiva, tanto de la y del estudiante respecto al devenir de su experiencia práctica y necesidades de aprendizaje con la profesora coordinadora, como de ésta respecto a los aspectos a mejorar de la y del estudiante. Allí no hay un diálogo ni una preocupación por la experiencia y proceso de aprendizaje, sino un interés por la respuesta de la estudiante y porque ésta sea la correcta. El producto, más no el proceso. Por tanto, las/os estudiantes deciden no decir nada y callar. Su silencio desvela ese lugar de subordinación, de receptor bancario de conocimientos del estudiante (Freire, 1997b).

### **6.3.2 La relación educativa estudiante–enfermero/a tutor/a que ‘*está por el/la estudiante*’.**

#### **6.3.2.1 ‘*Estar por mí*’.**

Una relación que está por el/la estudiante es una relación de solicitud (Van Manen, 2004) y de disponibilidad. Atiende sobre lo que necesita saber el/la estudiante para cuidar de manera competente a otra persona. La relación que está por éste/esta no mira desde la carencia, es decir, desde una mirada que empequeñece al otro/a y que sitúa un peldaño por debajo, mira al y a la estudiante (con reconocimiento y confianza) interrogándose sobre aquello que necesita para elaborar los razonamientos y habilidades clínicos y para entablar una relación terapéutica y ética con el paciente. Y se interroga además sobre cómo llevarlo hacia aquello que considera importante para el cuidado de enfermería, teniendo en cuenta su singularidad e individualidad.

Un estar que ve al y a la estudiante como persona, como sujeto protagonista de su propio aprendizaje y de su propia experiencia, y que, como mencioné antes, no adopta una actitud en la

que sitúa al y a la estudiante en un lugar menor (al ser infantilizado/a o al no ser reconocido en sus capacidades y saberes como persona):

*“yo veía que me trataba como igual, no me trataba como si fuese una estudiante, me trataba como, a ver tampoco como enfermera, pero que no me trataba de menos como si no supiera nada”* (C2, Est Miriam, 4:177)

La expresión ‘*estar por mí*’ emerge del sentir de la estudiante delante de la relación de tutoría construida con el/la enfermero/a, y se muestra en la siguiente situación:

*“Nos dirigimos a la habitación 18, con los pacientes, el sr. Felipe en la cama 1 y el sr. Pepe en la cama 2, para hacer el cambio de bolsa de la Nutrición Parenteral (NTP) de ambos pacientes. El enfermero Jordi y la estudiante Irene comienzan con el cambio de bolsa de NTP del sr. Felipe, quien continúa sentado en su sillón. El enfermero le indica a la estudiante que prepare el material que necesitará para la realización de este cambio.*

*Jordi: ‘A ver, yo no te digo qué tienes que preparar’* [es una estrategia del enfermero para favorecer la autonomía de la estudiante y sea ella quien aliste el material, bajo la supervisión de él, previamente le ha descrito y demostrado el material necesario para dicho procedimiento]

*La estudiante comienza a preparar el material que va colocando sobre el carro de curas, el campo estéril, las gasas, los guantes, la clorhexidina, el alcohol. Seguidamente abre y extiende el campo estéril sobre el carro y encima de éste coloca los guantes estériles, los dos paquetes de gasas, aplica clorhexidina a un paquete de gasa y alcohol al otro paquete de gasas.*

*Jordi: ‘¿Qué más tienes que hacer?’*

*Irene: ‘tengo que retirar un poco el conector de la nutrición parenteral que tenía colgado el paciente’* [El enfermero explica cómo colgar la NTP, le señala los pasos para el cambio de bolsa, le insiste en precauciones como el confirmar que la bolsa de NTP corresponda al paciente]

*Seguidamente la estudiante sale de la habitación para el lavado estéril de sus manos, el enfermero se percata de que no ha llevado el paquete de gasas necesario para el secado de sus manos y se lo acerca. [El enfermero le recuerda aquello que no ha tenido en cuenta la estudiante en un tono de confianza y sin juicio].*

*Al momento la estudiante ingresa a la habitación, luego del lavado de sus manos, trae éstas a la altura de su tórax, se ubica delante del carro de curas y se coloca los guantes estériles. El enfermero pone la bomba de infusión de la NTP en pausa, indicándole que también puede pausar ella la bomba estando con los guantes estériles con una gasa estéril. [Le da otra posibilidad de acción] [La estudiante se observa muy segura, realiza el procedimiento siguiendo los criterios para el cambio de bolsa de NTP, en días anteriores lo ha observado hacer al enfermero]”* (O3 PA, Est Irene, 3:38)

El enfermero para la enseñanza del protocolo de cambio de bolsa de NTP, aprovechando que los dos señores de la habitación precisan del cambio, emplea como estrategias didácticas el poner a la estudiante en el rol de la auxiliar de preparar el material que va a necesitar y posteriormente en el rol de enfermera, permitiendo que realice el procedimiento por sí misma; en un primer momento el enfermero **colabora con** la estudiante en aquellos aspectos que no ha tenido en cuenta, pausando la bomba de infusión, alcanzándole el paquete de gasas para el lavado de manos:

*"Jordi: 'bueno, el otro cambio de bolsa de NTP la vas a hacer tú, yo me voy y la haces tú sola. ¿Qué te parece?'" [El enfermero propicia la autonomía de la estudiante, le propone hacer el procedimiento por sí sola y la hace partícipe de la decisión].*

*El enfermero Jordi se retira de la habitación. Irene comienza con la preparación del material para el otro cambio de bolsa de NTP, la observo más segura durante la preparación del material, entreveo cierta rubicundez de sus mejillas, debido al tapabocas que lleva no alcanzo a visualizar su rostro en su totalidad, aprecio su mirada atenta y emotiva por la situación, en voz alta me explica sobre el material que prepara, la realización del procedimiento y también el planteamiento de preguntas que se hace a sí misma sobre el próximo paso que ha de tener en cuenta. (...) Una vez ha terminado el procedimiento, programa la bomba de NTP con la velocidad de infusión de la nueva bolsa y el volumen a perfundir, contabiliza el volumen de la anterior bolsa y registra estos datos en su hoja de parte.*

*Seguidamente nos retiramos de la habitación y (...) nos dirigimos a la zona del lavado de manos, cuando estamos allí en pleno momento del lavado de manos, aprovecho para preguntarle respecto a lo sucedido en la habitación, este momento me permite contactar con el sentir y con la experiencia vivida del estudiante. Mientras lavamos nuestras manos con el jabón hablamos, es un momento para "parar e indagar-me", también como observadora sobre aquello que me ha llamado la atención, que me resulta incomprensible o que creo merece más profundidad e indagación. Le pregunté a Irene algo así: '¿Cómo sentiste el que Jordi te hubiese dejado sola hacer el procedimiento?', Irene con su rubicundez facial, ahora sin el tapabocas y con cierta euforia y júbilo me responde de manera breve: **'Bueno, tranquila porque no está él, no te observa, no te está ahí observando, y eso me hace tener que estar más atenta porque ya lo tengo que hacer yo sola y supongo que también es una señal de confianza, es una buena señal que ya me va dejando a mi sola'**, luego de su respuesta la estudiante y yo nos secamos las manos y nos dirigimos hacia el enfermero." (O3 PA, Est Irene, 3:38)*

El enfermero Jordi y la estudiante Irene construyen una relación de tutoría caracterizada por la presencia física, el tacto pedagógico (Van Manen, 1998), el tono, el diálogo, la confianza, el reconocimiento, la autorización a no saber, a equivocarse y la autonomización de la estudiante:

*“La estudiante Irene y yo salimos de la habitación tras haber ella realizado una punción para toma de hemocultivos, nos dirigimos hacia la pica para realizar el lavado de manos y estando allí le pregunto: “¿Cómo os sentisteis?”*

*Irene: [en un tono de júbilo] “¡Qué guay! es la 3ª punción que hago, pero siempre es como si fuera la primera vez, y cuando estaba allí, me dije, ‘venga, va, que me lanzo, que ya estoy aquí’, y me concentro. ¡Pero muy guay!*

*La observo mejor, ya sin el tapabocas, un rubor facial que va hasta su cuello, se siente acalorada, se sopla continuamente con su hoja del parte, emocionada se lo comenta a su compañera Sonia, el enfermero también se acerca y la acompaña con una sonrisa, le proporciona confianza y tranquilidad con sus palabras: “Muy bien, que lo has hecho muy bien”. Posteriormente nos dirigimos al aula clínica del servicio, (...) para una sesión académica que tratará sobre el Cuidado al paciente con colostomía. Nos sentamos en la primera fila de sillas de la sala, me ubico al lado derecho de la estudiante. La estudiante me dice:*

*Irene: “Aún no me recupero” (se sopla con su hoja de parte su rostro, el cual persiste ruborizado) [Le pregunto algo sobre mi percepción respecto a la preocupación que observé del enfermero para que Irene participase en los procedimientos y a la vez por incentivarla a que participara en esta sesión.]*

*Irene: “**Sí, es que él está por mí**” [En aquel momento me quedé con esta expresión].” (O4 PA, Est Irene, 3:51)*

A partir de esta expresión me pregunté ¿Qué significa que el enfermero/a está por el/la estudiante?, ¿Cuáles son esos matices de ese estar por la estudiante?, ¿Cómo se diferencia ese *estar-por* de un *estar-sin el/la estudiante*?, ¿El *estar-sin el/la estudiante* será aquel que juzga en sentido normativo el fallo/equivocación/no-saber u olvido del estudiante?

En la primera conversación con Irene al indagar sobre el significado de “*él está por mí*”, se aprecia el interés del enfermero para que la estudiante aprenda, el enseñar todo el proceso, a empezar y acabar una tarea o una rutina con ‘*detalles*’, es una relación que como dice la estudiante es recíproca y que la motiva en su aprendizaje:

*“Irene: ...cuando digo que “está por mí” me refiero a que se ve que tiene interés para que yo aprenda, para que yo vea todo lo que él hace con detalles, no solo, que él lo hace, porque podría pasar, yo comparo con veces anteriores. El año pasado que la enfermera hacía, yo miraba y si acaso una vez yo repetía el proceso, **pero en cambio Jordi me está enseñando todo el proceso a empezar y a acabar una tarea, todas las cosas, toda la rutina que él hace me la está explicando toda, hasta donde está la carpeta, yo que sé, de las pegatinas, cualquier cosa y entonces al explicármelo todo, pues yo veo que está por mí, que le interesa, y eso, pues claro da más ganas de aprender porque tú ya tienes interés y ves que él es como recíproco, pues, por eso digo que tengo suerte, porque me está enseñando muchas cosas Jordi.***

*Nelly: ¿En detalles como cuáles?*

*Irene: Pues, por ejemplo,... llamar, que dices es una tontería, pero a lo mejor un día te dicen 'llama' y no sabes ni dónde ni qué tienes que decir, en cambio él me ha enseñado. Pues yo que sé, si hay que pedir al banco de sangre que suban ya las bolsas de tal paciente, pues me dice 'pues llamas a este número' y es que además me lo explica, entonces ese es un detalle, que a lo mejor cualquier otro diría 'pues ahora voy a ir a llamar al banco de sangre', llama y dice 'ya he llamado' y ya está, y luego un día lo tienes que hacer tú y a lo mejor te falta algún pedacito de información que no tenías en cuenta que le tenías que dar a la persona que estás llamando. O yo que sé, al registrar, no sé si parece una tontería, pero el año pasado mi enfermera lo registraba y me decía 'estoy registrando lo que hago', en cambio Jordi me dice este botoncito sirve para esto le tienes que dar aquí, vas al desplegable, marcas esto, **me lo está enseñando para poderlo hacer, no para que yo vea lo que hace, entonces veo que de verdad quiere que yo lo aprenda a hacer todo y yo siento que le estoy aprendiendo mucho, pero mucho, sabes lo que te quiero decir.**" (C1, Est Irene, 4:19)*

Como vemos, detalles —o gestos mínimos en palabras de Skliar (2011)— que hacen copartícipe a la estudiante, en donde se interroga sobre aquello que él o ella necesita saber ante la ejecución de una determinada tarea.

Estar por la estudiante significa considerarla como persona, acogerla en aquello que aún no sabe o no domina, en sus dudas, es decir, que se empatiza y se le acoge en la vivencia por la que *atraviesa*, una vivencia en la que hay miedos, tabúes, inseguridades, propios del momento en el que se encuentra, y que cuando no se le acoge se le niega. Es una relación de tutoría que simultáneamente es una *relación de cuidado*, él la cuida a ella, enseña a cuidar cuidándola, y posteriormente la estudiante delante del paciente cuidará tal como ha sido cuidada por el/la enfermera/o tutor/a. Es una relación de ayuda pedagógica que *ofrece* seguridad, empatía, empoderamiento, autonomización, emancipación, autorización a la equivocación y al no-saber.

Un *estar por mí* que le facilita las cosas a la estudiante delante de una situación de presión e inseguridad, como el estar delante de un paciente realizando una punción:

*“Nelly: Por ejemplo ayer cuando estaban haciendo la venopunción al paciente de la cama 18,2 que él (Jordi) estaba allí contigo ¿recuerdas? [Irene: Que marcó] Sí eso exacto, que te marcó los puntos [el enfermero durante el procedimiento marcó tres puntos sobre la piel del antebrazo indicando la trayectoria de la vena del paciente y señalándole por cual punto puncionar y en qué dirección.]  
Irene: Claro porque me puse, tenía la vena ya fijada y al momento de pinchar como me había pasado una vez anterior que no pillé la vena y era una paciente que, pobre,*



*no le dolió mucho pero me supo mal, entonces no quería repetir eso, entonces me puse un poco nerviosa y no la encontraba bien y digo 'es que no quiero pinchar y que me equivoque porque pobre paciente le hago daño, le estoy haciendo', le puede salir un hematoma o lo que sea o, bueno, el pinchazo ya duele si se lo hago mal, y digo 'es que quiero fijarla bien y es que no la encuentro bien', y claro marcó los puntos (de punción) y, bueno, todo fue bueno al final, pero, **me facilita mucho las cosas.**" (C1, Est Irene, 4:19)*

Aquí puede apreciarse cómo el enfermero ha conectado con la emoción de inseguridad de la estudiante y le facilita la punción marcando la trayectoria de la vena. De igual manera, la estudiante se preocupa por la repercusión de su acción en el paciente, antepone en su acción clínica al paciente y hay una responsabilidad por no hacerle daño. Sentir que el enfermero le facilita la realización del procedimiento, permite que la estudiante realice la punción con confianza y seguridad para el paciente.

La estudiante a medida que desarrolla su práctica clínica reconoce simultáneamente la práctica —de tutoría y asistencial— del enfermero como competente, observa las cualidades —o señales externas— de su práctica como enfermero y profesor, y por consiguiente, parece que regula las percepciones internas de su propia ejecución clínica por medio de las referencias a aquellas cualidades que ella es capaz de reconocer en el enfermero. Para Schön (1992) el proceso de aprendizaje inicial del estudiante en su prácticum soporta una doble carga: deben aprender tanto a ejecutar interpretaciones del cuidado de enfermería como a reconocer su ejecución competente. Estos dos componentes de la tarea de aprendizaje se apoyan mutuamente, a medida que un estudiante comienza su ejecución, empieza simultáneamente a reconocer la interpretación competente y a regular su búsqueda por medio de la referencia a aquellas cualidades que es capaz de reconocer.

La relación que se construye entre Irene y Jordi es una relación que se va sustentando en la confianza. Estudiante y enfermero establecen una especie de contrato, la estudiante hace una

*tregua voluntaria de incredulidad* (Schön, 1992), es decir, estar dispuesta a darle una oportunidad a las sugerencias del profesor y a poner a prueba las indicaciones del tutor:

*"Cuando (los estudiantes) pueden aceptar a sus profesores como buenos modelos del rol profesional y como proveedores adecuados de las normas y valores de la profesión, los estudiantes se ven aliviados de la ansiedad inherente en una situación que les impone la conformidad con las normas y valores de los profesores. Si los estudiantes aceptan como legítimas y apropiadas las normas y valores que les presentan los socializadores (profesores), empezarán a aprender del socializador qué es un profesional y qué hace."* (Cohen, 1988: 30-31)

El enfermero tutor por su parte debe invitar al estudiante a una relación temporal de confianza y dependencia:

*"(...) está como pendiente de mí, porque si pasara de mí pues seguro que no estaría aprendiendo tanto, porque ya pierdes un poco de interés si no hay ese buen ambiente, y no sé, **cada vez hay más confianza**, y encima, bueno, lo había tenido de profesor en la universidad, (...) el año pasado hicimos cuatro seminarios de los programas informáticos estos que usamos. (...) y él era mi profesor y entonces claro, al venir aquí digo [ríe] '¡tú eras mi profesor!', ya me gustaba como profesor, explicaba muy bien y claro, pues claro es un cambio porque es mi profesor, me está acompañando en el proceso, no es tanto como cuando te sientas en clase y te explica, es diferente.*

*Nelly: ¿Diferente por?*

*Irene: No sé, cuando estás en clase es de él hacia mí, él me explica yo escucho, ya está, en cambio aquí es una relación de, es recíproco yo hablo él habla, (...) como si fuera una clase particular, hay más intercambio de conocimientos o lo que sea, aprendes mucho más, hay buen ambiente que eso cuenta mucho, y es muy buen profesional, (...)." (C1, Est Irene, 4:20)*

Esta diferencia que distingue la enseñanza del enfermero en el aula y la enseñanza en la clínica, destaca el componente interactivo e interpersonal de la tutoría clínica que está por el/la estudiante. El diálogo entre estudiante y enfermero coincide con las características esenciales que menciona Schön (1992): tiene lugar en el contexto clínico en el interior de la ejecución de actividades de cuidado de la estudiante, emplea igualmente acciones que palabras; y depende de una reflexión en la acción recíproca (p. 100). Se sucede una suerte de diálogo vivo entre estudiante y enfermero con una forma particular de llamado y respuesta (Paterson & Zderad, 1979), que también tiene un propósito pedagógico determinado, la

formación profesional del estudiante de enfermería. En este diálogo vivo tanto estudiante como enfermera/o están llamando y respondiendo a la vez. Como he mencionado el llamado de la estudiante es una solicitud de ayuda, ante algo que no-comprende, no-sabe o no comprende aún, a la vez que una respuesta a la asequibilidad/disponibilidad del y de la enfermero/a, por ejemplo cuando le autoriza a preguntar, a no-saber y le hace sentir que está-ahí por/para el/la estudiante:

*“en algunas situaciones, por ejemplo en la realización del protocolo de alimentación parenteral, confundo algún que otro paso, pero suerte que tengo a mi enfermero al lado, que ante la duda no tardo en preguntarle, y no sólo ante lo nombrado, tengo muy claro que frente a cualquier indecisión no tardo en correr a preguntar, pues no hay cosa que me dé más miedo que cometer un fallo que pueda causar daños.” (D2, Est Aura, 1:37)*

La relación establecida entre Aura y el enfermero Carles es otro ejemplo de la relación pedagógica que está por el/la estudiante. En ésta la estudiante se siente acompañada, siente la presencia física del enfermero y la libertad para preguntar en momentos de indecisión. ¿Qué significa para el estudiante la mera presencia física de la enfermera(o), ya sea como llamado o como respuesta? ¿Qué genera nuestra presencia física en el/a estudiante? ¿'confianza y seguridad' o 'miedo y presión'?

Una presencia física que acompaña, que *está-ahí* en el contexto del *hacer* del estudiante, y que fomenta el "aprender haciendo" (Dewey, 1928). Este aprender permite a la estudiante un cierto grado de atención al acto en sí:

*“(...) pero principalmente yo creo que es muy importante la confianza también que te genere tu enfermero, porque aquí, en el primer rotatorio en la planta A, desde el primer día, con el enfermero (Carles) que he estado me ha demostrado apoyo en todo momento y me ha dado pie a que aprenda, (...) desde el primer día ‘¡ya!, venga vamos a hacer protocolo de nutrición parenteral, lo haces tú, yo te paso el material, te voy informando’. Pero ya así no es verlo, yo puedo ver una cura pero a lo mejor al día siguiente no me acuerdo casi, porque yo no la he hecho, no le he prestado que cuando tú la haces es diferente, también tocas, a qué presión haces daño o no haces daño, hasta dónde tienes que introducir, cosa que puedes ver, pero no te haces tanto a la idea, (...)” (E, Est Aura, 2:25)*

Un estar por mí que tiene cuidado con el tono que se emplea para decir las cosas al estudiante (Van Manen, 2004). Su narración me lleva a los conceptos de llamada y respuesta en una situación humana planteada por Paterson y Zderad (1979), el diálogo vivo que hay entre estudiante y enfermero, y la respuesta de la estudiante de agradecimiento y de darle a conocer al otro —demostrarle— aquello que ha aprendido:

*“(...) yo a veces le decía: ‘pero échame bronca cuando lo hago mal’, pero me decía: ‘pero es que Aura si no’, no te echaba bronca, (...) pero a lo mejor si me decía: ‘en vez de curarla en esta dirección cúrala en la otra, utiliza esto en vez de lo otro’, pero me lo decía siempre de buenas maneras, entonces eso se agradece mucho, que te lo diga siempre de buenas maneras, y que tú también demostrárselo de que has aprendido lo que te ha dicho, (...)” (E, Est Aura, 2:25)*

Un estar por mí, una relación de ayuda pedagógica, de enseñanza, que la autoriza a no-saber, que emplea estrategias reflexivas como la pregunta y el poner a la estudiante en situación, que la hace partícipe en la valoración, planificación de cuidados y seguimiento de la evolución clínica del paciente:

*“(...) y aparte que me ha explicado mucho, ha contado conmigo, yo llegaba, me explicaba el parte, escuchamos el parte, y me decía ‘no entiendes esto, ¡mira! yo te lo explico’, aunque lo sepa pero yo lo vuelvo a decir y, me preguntaba y estaba continuamente, te hacía pensar, yo con él sabía lo que tenían mis paciente, por dónde podían ir mal por dónde podían ir bien, lo que había que hacerles, lo que no.” (E, Est Aura, 2:25)*

*“Otra cosa a destacar y que creo que ha sido de gran importancia, sobre todo para mí, ha sido el bombardeo de preguntas sobre fármacos, supuestos casos, técnicas,... que me llegaba hacer Carles. Esta manera de enseñar hacía que una “viviera” la situación y hacía que sacara todo el ingenio y conocimientos para poderla resolver. Y, si soy sincera, todavía recuerdo todas las preguntas y sus supuestas soluciones, así que, realmente es una buena manera de enseñar y de fijar conocimientos. Todo hay que decirlo, Carles ha sido un gran profesional y un buen maestro.” (D7, Est Aura, 1:177)*

‘Estar por mí’ es tener en cuenta la necesidad del/de la estudiante de aprender, explicarle aquello que se está haciendo, punto por punto y tenerle presente:

*“Joan en todo momento tiene en cuenta que tú eres una alumna, y que quieres aprender, entonces él por ejemplo, no se pone a hacer algo y te deja de lado, sino que él en todo momento te está explicando lo que está haciendo, o te dice ‘hazlo tú’, o ayer por ejemplo me quedé flipando para bien porque le hice una pregunta sobre la BiPAP y la CPAP<sup>83</sup> y él cogió se puso en el ordenador, me buscó la información y me la explicó, me dijo ‘siéntate aquí a mi lado’, me senté y me la explicó,...”* (E, Est Sonia, 4:124)

*“Joan sé que es un manantial de conocimientos, estar con él dos horas y ya absorbes conocimientos porque es todo un profesional de los pies a la cabeza. (...) todo lo que hacía te lo decía, Joan es un maestro, un profesor, es que se le ve.”* (E, Est Sonia, 4:136)

‘Estar por mí’ es implicarse en el aprendizaje de la estudiante:

*“Sonia: Claro que se impliquen en mi aprendizaje, o sea que sean conscientes de que yo necesito empapar-me de esto, que no esté aquí sólo para mirar como creo que pensaba Carmen (enfermera), sino que estoy para mirar, para tocar, para palpar en fin, un poquito más.”* (E, Est Sonia, 4:124)

‘Estar por mí’ da libertad a la estudiante para decidir en torno a la organización y planificación junto con el/la enfermero/a:

*“(...) yo sabía que él no me iba a dar una mala contestación, no me iba a decir: ‘pues no, lo haces tú’, yo sabía que (...) si yo le decía: ‘Joan esto y lo otro’, él me iba a decir que ‘sí’, porque ya ves cambiar un apósito tampoco es, a lo mejor si hubiese sido una técnica más laboriosa me hubiese dicho: ‘No, no, no lo haces tú para que practiques’. Me hubiese dicho: ‘no, lo haces tú’, pero me lo hubiese dicho bien, yo sabía que yo le podía a él plantear cosas, le podía preguntar, le podía plantear dudas, le podía incluso no mandar pero sí decirle: ‘haces tú esto y hago yo lo otro’, incluso él me decía cuando había que poner vías a una habitación me decía: ‘¿cuál quieres hacer tú?’, y yo decía: ‘bueno, me da igual’ y me decía: ‘hago yo a Antonio y tú le haces a Juan’ y yo le decía: ‘vale’.”* (C2, Est Miriam, 4:177)

Un ‘estar por mí’, que también implica que el personal de enfermería de la unidad de hospitalización esté por el/la estudiante, de modo tal que éste/a se sienta como uno más del equipo:

---

<sup>83</sup> BiPAP (sigla en inglés Presión Positiva de aire bi-nivel) y CPAP (sigla en inglés Presión Positiva de Aire Continuo)

*“(...) en el caso de la planta A,... a mí no me da corte preguntar en la planta A ninguna cosa, porque sé que me lo van a responder y, no me van a poner mala cara, que tampoco no es que me la pusieran arriba (planta D), pero era diferente, yo sentía que allí no podía preguntar y aquí siento que sí. (...) por ponerte un ejemplo, arriba me decían que si tenía alguna duda que la preguntara, y aquí no me ha hecho falta a lo mejor ni que me lo digan, porque a veces te lo dicen por compromiso, y aquí no me lo preguntan porque sé que se puede [ríe].” (E, Est Esteban, 2:122)*

*“Yo creo que para que el alumno aprenda, (...) tienes que sentir, no sé, yo creo que lo primero que tienes que hacer es que te sientas integrado en el grupo, que formas parte del grupo, que no te sientas un extraño, que no llegues allí y digas: ‘¿Qué estoy haciendo aquí?’ [Ríe], todo el mundo está haciendo algo y yo no estoy haciendo nada. Pues primero que te integren y después, yo que sé, que te traten como si fueras otro enfermero pero teniendo en cuenta que eres un alumno de práctica.” (E, Est Esteban, 2:138)*

‘Estar por el/la estudiante’ es verle como sujeto, es construir con él relaciones pedagógicas de persona a persona, reconociéndole su individualidad, conectando con la situación por la que atraviesa el estudiante:

*“Prof. Blanca: (...) tú a veces ves que el alumno no va tan bien, pero a veces es eso, todo el mundo tiene su otra vida por detrás, no es el alumno, es la persona y tiene cosas que le pesan a veces. Entonces claro, si tienes un problema así importante, que a ti te está afectando a nivel personal pues te acaba repercutiendo en tus prácticas y en todas tus otras cosas, y más cuando a lo mejor eres una persona más mayor, a lo mejor tienes más capacidad porque has tenido más experiencias que este chico que es todavía más joven, que todavía igual no ha tenido, son los primeros problemas gordos que tiene, que además no es un problema que digas se soluciona en un par de días o en una semana o en un mes, sino que puede ser para años, que no sabe cómo hacerlo, claro es que yo por eso le dije que intentara mirar qué tipo de ayuda le pueden poner de alguna forma. Claro igual más que ayuda económica lo que necesitaría era ayuda de un asistente que tuviera en esa familia, una persona que se ocupara de sus padres para que él pudiera tener tiempo para hacer sus cosas, porque si no es que tenía hipotecado el día y la noche, (...) y él quería hacer unas buenas prácticas, pero se le notaba que iba un poco desbordado, no se podía centrar, no te puedes concentrar para poder rendir tanto y era lo que le pasaba. Escuchaba la información pero al no estar tranquilo, pues igual que viene se te va y a veces tenía esos flashes, que se iba, o le explicaban una cosa y se quedaba como bloqueado, no asimilaba la información porque la mente inconscientemente se le va a otra cosa, a lo que hubiera pasado, a lo que iba pasar o a lo que fuera y eso a él hacía que las enfermeras lo vieran como despistado, pero yo creo que interés era lo que tenía, pero le pesaba mucho eso.” (E2, Prof. Blanca, 4:129)*

### 6.3.2.2 'Confía en mí'.

Para Cohen (1988), el/la estudiante que ingresa debe sentir que puede confiar en el mundo profesional y en quienes practican la profesión, sentir que el mundo profesional es benévolo y que se puede confiar en él cuando se trata de información básica y de apoyo. Los/as estudiantes que logran consolidar esta confianza estarán abiertos a nuevas experiencias y serán capaces de ensayar habilidades nuevas y aprender de sus errores. Y afirma que el/la enfermero/a tutor/a, a su vez, debe establecer los límites del error para prevenir cualquier consecuencia grave y ha de ser aceptado como modelo del rol; los estudiantes confiarán en la información y en las indicaciones, y sólo aprenderán a funcionar en la situación profesional si pueden identificarse con sus instructores y confiar en ellos (p. 36).

Para Sennett (2003) "la confianza en el mentor comienza en el momento en que el protegido pide libremente ayuda" (p. 126). Esta idea de libertad me remonta a Paterson y Zderad (1979) cuando abordan la noción de interdependencia y ponen ese acento en la libertad de decisión, cuando el/la estudiante toma la decisión de dejarse orientar por su enfermera/o tutor/a la relación educativa cambia, puede surgir en ella esa convergencia de significado, ese diálogo orientado hacia la comprensión, esa imitación reflexiva, aquellos procesos de pensamiento y de indagación reflexivos. El/la estudiante toma la decisión de dejarse orientar y de pedir ayuda, a partir de ahí, según Sennett comienza la confianza en el/la enfermero/a. ¿Pero previamente ha de haber sucedido algo para que el/la estudiante dé ese salto? ¿Qué pone el/la estudiante y qué el enfermero/a tutor/a? Veámoslo en el siguiente relato:

*"(...) y Carles es también eso, al ver que **confiaba en ti te genera confianza**, y también como era una persona abierta a cualquiera, yo soy a veces muy pesada: '¿y por qué y por qué y esto y tal?', entonces, como estaba abierto también, en cualquier momento que yo tuviera alguna duda, pues no me daba miedo, ni me generaba respeto, ni vergüenza, de decirle: 'oye, que no sé de esto, oye, que pasa esto y ¿qué hago?', entonces yo creo que es muy importante, es una cosa que me ha generado seguridad y esa seguridad te va dando más seguridad para hacer más cosas y para ir actuando, (...) porque yo tenía miedo, él ya ha confiado en mí, entonces como ya ha*

*confiado en mí, pues me he visto más segura en hacer todo y me ha apoyado.”* (E, Est Aura, 2:25)

Nos hallamos aquí ante lo que podríamos denominar un círculo virtuoso de la confianza, que tomando como estructura las reglas generales que plantea Gigerenzer (2008) se podría estructurar de la siguiente manera:

1) El/la enfermero/a confía (se fía) en la/el estudiante y le muestra esta confianza (la autoriza a no-saber y a equivocarse); 2) el/la estudiante capta la confianza que genera el/la enfermero/a; 3) el/la estudiante imita la conducta del tutor, imita la confianza, confiando recíprocamente en él/ella y a su vez va adquiriendo *confianza y seguridad* en sí misma/o para actuar de manera autónoma.

La estudiante ve/siente que el enfermero confía en ella y siguiendo el **círculo virtuoso** siente confianza en sí misma; la actitud de apertura hacia la estudiante le proporciona libertad para preguntar y seguridad para *hacer*.

Al igual que en el relato de Aura, la narración de Rosa nos muestra una pedagogía de la solicitud (Van Manen, 2004) y del diálogo vivo que hay entre estudiante y enfermera (Paterson & Zderad, 1979). Emerge también la respuesta de darle a conocer a la/al otra/o aquello que ella ha aprendido gracias a ese "estar por la estudiante":

*“Anabel (enfermera) la tengo como la persona que me ha enseñado realmente y me ha dado esa confianza de yo poder soltarme, y como enfermera que me ha enseñado, yo le doy un 10, porque cada día me explicaba lo que es patología, si yo no lo entendía, me lo volvía a repetir. Te da la confianza esa de que te enseña muy bien la teoría que tienes allí de esa área, en esa unidad, de lo que tú estás tratando para que tú sepas en lo que tienes que fijarte. Luego, lo ordenada, qué era ella en la medicación, su forma de trabajar excelente, yo la vi súper bien, de las enfermeras que he tenido me quedo con ella por lo bien que me ha hecho sentir a mí en ese período de prácticas, la seguridad que a mí me ha dado, había días que me dejaba: “hoy serás tú la enfermera, yo voy detrás supervisando, para que tú veas lo que hay que hacer cada día y en qué tienes que fijarte”. Y que todo te lo decía muy bien, las rectificaciones te las hacía constructivamente para que tú supieses el porqué te estaba modificando, y yo creo con ella he aprendido pero muchísimo, el seguimiento que ella hacía, yo allí*



*llegaba cada día y me pasaban el parte y yo sabía que pacientes tenía, y les hacía el seguimiento, sabía lo que tenía, ¿sabes?, yo cada día pues creaba más vínculo (...) Yo creo que influye mucho en razón a la que tengas y la forma que tenga de enseñarte, la paciencia que ella tenga y también la libertad que te dé de hacer las cosas y ver que confía en ti, que igual, se molesta en enseñarte, pero que también vea que tú te molestas en aprender y en llevar eso a la práctica, y que ella vea que te estás esforzando y te da esa libertad de ir tú más por libre.” (E1, Est Rosa, 2:48)*

Confiar en el/la estudiante implica darle libertad para *ir más por libre*:

*“El enfermero Jordi delega en la estudiante Antonia el retiro de sonda nasogástrica del paciente de la cama 25,1. Le explica cómo hacer el procedimiento, le indica sobre el material que necesitará y posibles problemas con los que se encontrará...”*

*Jordi: ‘le explicas al paciente, que haga una espiración lenta, por la boca, como si estuviera silbando, le acercas un empapador, se lo pones a la altura del tórax, por si sale porquería. Primero que inspire profundo y cuando espire tú le vas retirando la sonda’*

*Antonia: “¿rápido o lento?” [Jordi: más bien rápido]*

*La estudiante alista el carro de curas con el material. Empapadores y gasas. Y lo adentra a la habitación. Es la primera vez que la estudiante realizará un retiro de sonda nasogástrica. Le explica al paciente lo que le va a realizar y a su hijo. La estudiante realiza el procedimiento, previamente le ha pedido al paciente de hacer 2 respiraciones para señalarle como ha de realizar la espiración. Luego le hace el retiro de la sonda. Alcanza al paciente los pañuelos.” (O PA, Est Antonia, 3:218)*

El enfermero muestra a la estudiante los problemas con los que él/ella se puede encontrar y diversas posibilidades de acción. De acuerdo con Schön (1992), si el que da las instrucciones se toma la cosa en serio, debe reflexionar primero sobre lo que él ya sabe cómo hacer, tratando de explicarse a sí mismo los procedimientos que sigue más o menos de una forma espontánea, y después tratar de anticipar y clarificar las ambigüedades o posibles problemas que el/la estudiante puede encontrar en la descripción que él le da.

La estudiante percibe estos momentos en los que se le delega una tarea que el enfermero confía en ella:

*“en ese caso porque te deja hacer algo que tiene su riesgo y si te está delegando algo es porque confía en ti obviamente, pero me lo demuestra siempre todos los días, cada vez, o si te ve que estás un poco atareada te dice ‘no te preocupes’, tal vez son*

*tonterías pero que te demuestran como un interés, que aunque él sea el profesor está por ti e intenta hacer que tú te sientas bien ahí en la unidad” (E, Est Antonia, 4:231)*

Además de que el enfermero confía en la estudiante, se preocupa por integrar los contenidos teóricos enseñados en la escuela con la enseñanza de la práctica, señalar los problemas con los que el/la estudiante se pueden encontrar durante la realización de un procedimiento clínico como en la situación anterior, enseñar a resolver los problemas que surjan y proporcionar a las estudiantes seguridad y autonomía:

*“Jordi: Bueno, tenemos en cuenta los aspectos teóricos básicos que ellas deben saber de la escuela,... si no los traen sabidos se los explico yo, no hay ningún problema, y luego intento explicarles los problemas que se pueden encontrar mientras hacen la técnica porque no todo es teórico y siempre va a salir igual, te puedes encontrar pues, muchos problemas o varios problemas y es tan importante saber hacer bien la técnica, que todo salga perfecto, como saber equivocarte, y saber resolver esos pequeños problemas que van surgiendo. Intento, pues eso, explicarles todo tanto cómo van a hacer las cosas y si algo sale mal como resolverlo, si considero que ya son capaces de hacerlo solas las dejo hacer sin ningún problema, y si no, pues voy y les apoyo con mi presencia, pero bueno, siempre que puedo les dejo hacer solas siempre y cuando ellas, pues, me den esa confianza. (...)” (E, Enf Jordi, 4:29)*

El enfermero conecta con la experiencia de ser estudiante y la vulnerabilidad en la que se encuentra éste, por ello procura mantener una relación empática y de confianza para que él/ella pueda desenvolverse sin presión, velando además por una práctica clínica segura tanto para el paciente como para el estudiante:

*“Jordi: Bueno, primero intentando **mantener una relación empática con el alumno**. Para el alumno todo es nuevo, él no sabe cómo moverse por el hospital, ni por la unidad, ni cómo relacionarse con el equipo, ni contigo porque eres una persona a priori que desconoce y encima le vas a evaluar y la vas a evaluar continuamente, y él lo sabe. **Dándole la suficiente confianza para que se sienta tranquilo, sin presión, pero a la vez vigilando, porque no hemos de olvidar que tratamos con personas y pueden surgir ciertos errores que puede verse perjudicada** y, bueno, pues intentar mantener ese equilibrio entre dar ese margen de confianza y a la vez controlar la situación en todo momento para que no haya peligro ninguno, intentar hacer eso, o sea al principio ese margen es estrecho y cada vez intentar alargarlo, **darle más cuerda digamos a la correa, (...)** y me gusta pues **poner objetivos semanales con el plan de que el alumno se automotive (...)** por ejemplo **'esta semana vamos a intentar que tú hagas esto, esto y esto, la semana que viene con lo que has aprendido esta***

*semana, pues, intentarás hacer esto, esto y esto', y luego ya se plantean la situación de otra manera, no es sólo venir a pasar seis, siete horas en el hospital intentar captar ambientalmente todo lo que pueda. No, sino algo más profundo que todo eso.” (E, Enf Jordi, 4:22)*

El enfermero ha confiado previamente en la estudiante, de igual manera, espera de ella una respuesta recíproca de confianza:

*“Jordi: Sí, por supuesto es un toma y daca, yo les doy confianza y ellos me dan a mí, ¡claro! es como todo, si tú le das la oportunidad a alguien de hacer algo y, bueno, pues, por cualquier motivo, esa técnica, esa actividad, no se realiza correctamente, pues, la siguiente oportunidad, yo voy a estar ahí, pero no para vigilar, sino para apoyarla y que lo haga mejor, si a la tercera vez ya lo hace bien, pues a la cuarta ya irá sola, es un poquito de yo te doy confianza, tú me das a mí, es una relación pues, muy íntima en todo sentido.*

*Nelly: ¿Es esto que dices de la cuerda?*

*Jordi: Claro es como una cuerda que se va tensando y se va aflojando, eso es, un juego, yo te doy más cuerda conforme tú me des más a mí y si no, pues la acercamos un poquito y yo voy contigo a los sitios, es eso.” (E, Enf Jordi, 4:29)*

Para la estudiante sentir que el enfermero le da rienda suelta, le deja sentir su propia confianza en sí misma:

*“Eso para mí también es importante. que te den rienda suelta como tú dices, eso me hace confiar en mí, (...) me gusta que me den un poco de libertad en ese sentido, para yo hacer y verme cómo me desenvuelvo sola,...” (E, Est Antonia, 4:235)*

Un confiar en la estudiante, que implica conocer a la estudiante en sus capacidades y avances y que permite ir aflojando esa cuerda y darle más rienda suelta. El enfermero además le explicita verbalmente que él confía en ella, quizá porque el enfermero intuye que la estudiante necesita que alguien le exprese esa confianza. De acuerdo con Rodríguez (2012), los/as estudiantes necesitan saber lo que piensa y siente el enfermero respecto a sus desarrollos:

*“El enfermero Jordi le pide a Antonia que busque la analítica de un paciente en el programa informático Gacela y se retira, la estudiante realiza la búsqueda y una vez ha encontrado la analítica, se lo comenta a Jordi, quien se acerca y le dice:*

Jordi: “ya confiaba en ti, por eso me he ido y te he dejado buscar”. (O17 PA, Est Antonia, 3:227)

Ese sentir que la/el enfermera/o confía en la estudiante es captado por ésta a modo de espejo<sup>84</sup>. Este tipo de conexión le permite a Miriam poder ser, es decir, que cualidades propias como su curiosidad puedan emerger en su práctica clínica:

*“Esta semana he estado genial en la unidad, cada día estoy mejor con mi enfermera y ya no me siento tan estorbo ni tan ignorada como al principio. Me gusta ver que mi enfermera se ha hecho más a mí y que empieza a confiar en mí para ir dejándome hacer cosas sola, y si alguna enfermera está saturada o necesita algo mi enfermera le dice que yo soy capaz de hacerlo y que me deje ir a mí sin ningún problema. Estos días he aprendido mucho, tengo pacientes que me están permitiendo adquirir conocimientos nuevos y la verdad es que me encanta como me explica ahora las cosas mi enfermera y los demás miembros del equipo, soy bastante preguntona, pero prefiero no quedarme con dudas o con la cosa de no haber preguntado, y encima lo que más me gusta que la semana pasada dimos el temario de digestivo y patologías digestivas y me sirve para aplicarlo a la práctica.”* (D8, Est Miriam, 3:232)

Puede ser perfectamente, sin miedo:

*“Porque tiene una forma de ser que..., a mí por ejemplo Carmen (enfermera) me cohibía, yo con Carmen me sentía muy... [Hace un movimiento con su cuerpo encogiéndolo, llevando sus manos hacia su tórax y llevando su cuerpo hacia su costado izquierdo, representando una actitud de sumisión y miedo] a la defensiva, en cambio con Joan me siento súper, puedo ser yo perfectamente, ya no me da tanto miedo a decir algo mal, yo se lo digo, él me corrige, no monta un drama por nada, aunque lo haga mal no le importa, está bien.”* (C2, Est Sonia, 4:124)

### **6.3.2.3 Estar por la estudiante: Ofrecer lo mejor de sí.**

Un ‘estar por la estudiante’ es un estar con una intencionalidad pedagógica y una preocupación directa del enfermero porque la experiencia clínica del estudiante cumpla con los criterios de continuidad y de interacción planteados por Dewey (2004):

---

<sup>84</sup> Los estudios sobre neurociencia confirman que “los humanos tenemos las denominadas ‘neuronas espejo’ que se activan automáticamente tanto cuando realizamos una acción como cuando observamos que alguien lleva a cabo esta misma acción (...) parece que estas ‘neuronas espejo’ desempeñan un papel muy importante en la capacidad humana de poder sentir lo que el otro está sintiendo.” (Riera i Alibés, 2011: 284)

*“(...) y me gusta pues poner objetivos semanales con el plan de que el alumno se auto motive (...) por ejemplo 'esta semana vamos a intentar que tú hagas esto, esto y esto, la semana que viene con lo que has aprendido esta semana, pues, intentarás hacer esto, esto y esto', y luego ya se plantean la situación de otra manera, no es sólo venir a pasar seis, siete horas en el hospital, intentar captar ambientalmente todo lo que pueda. No, sino algo más profundo que todo eso.” (E, Enf Jordi, 4:22)*

En una de las observaciones en la planta A el enfermero pauta los objetivos semanales a la estudiante, lo que evidencia su preocupación por la continuidad de la experiencia clínica de ésta, orientada hacia la autonomía y la interacción entre la estudiante y el ambiente (o condiciones objetivas), en este caso, la negociación del estudiante con el paciente y con el personal auxiliar para la ejecución de los cuidados. El tutor además tiene en cuenta las condiciones internas de la estudiante, conoce de antemano sus conocimientos, capacidades, habilidades y aptitudes imprescindibles para desempeñar el cuidado de otra persona:

*“15:45h. Al salir de las habitaciones, luego de saludar a los pacientes, estando ya fuera de la habitación 21, el enfermero Jordi le dice a la estudiante:*

*Jordi: “¿Cuántas semanas te faltan para hacer el cambio de unidad?”*

*Irene: “Ésta y dos semanas más”*

*Jordi: “Vale, pues la próxima semana vas a llevar tu sola un paciente, tú serás su enfermera, te encargarás de todos los cuidados del paciente y la siguiente semana llevarás 2 pacientes, y será un ejercicio que te ayudará a aprender otros aspectos como son: la negociación del paciente para la sedestación, la negociación con la auxiliar para que te colabore. (...) Para esta semana, como te dije ayer, potenciar la velocidad, ganar en agilidad y gestionar tú misma tu tiempo y las actividades, para ganar confianza’*

*La estudiante se sonroja y lo mira fijamente, sorprendida, quizá emocionada.*

*Jordi le da palabras de ánimo “sí puedes, a ver, estaré yo, pero yo seré como el auxiliar, yo haré como de auxiliar, cualquier cosa que necesites pues me la dices, que no te voy a dejar sola. ¿Sabes?”*

*El enfermero se retira y me quedo junto a la estudiante y le pregunto a Irene sobre cómo se siente ante lo que Jordi le ha planteado para las semanas próximas y me dice en dos palabras: “Me cago” (...) “Vas a ver que toda la semana voy a estar con ello, pensando en ello” (O4 PA, Est Irene, 3:74)*

Para Dewey (2004), la responsabilidad de seleccionar condiciones objetivas, es decir, la estructuración *social* de las situaciones clínicas en que se halla el estudiante, lleva consigo la responsabilidad de comprender las necesidades y capacidades de los individuos que están

aprendiendo en un momento dado (p. 87). Para Rodríguez (2012), delegar un cuidado debe de llevar implícito un trabajo pedagógico previo del tutor, mediante el cual, se asegura que el estudiante sepa cómo y por qué se debe realizar ese cuidado en ese paciente.

El enfermero conoce las capacidades de la estudiante, de ahí que le exprese “*sí puedes*” y reconoce que es una situación nueva para ella, así que le proporciona confianza y acompañamiento “*que no te voy a dejar sola*”. Para la estudiante esta situación es vivida como un reto, es una manera de poner a prueba su propio desempeño, y esto le genera a ella motivación, responsabilidad en el cuidado de la otra persona y atención a su propia práctica. Además de sentirse con más libertad:

*“Nelly: Y recuerdo que en la planta A había momentos como que al comienzo estabas con tu enfermero pero luego él te iba dejando que tú fueras un poco tú misma hasta encontrarte tú sola en la relación terapéutica con el paciente. Esto es una apreciación mía.*

*Irene: sí, es verdad que me iba dejando, ¡claro! primero me lo enseñó todo, y luego cuando ya sabía cómo hacerlo, pues ya cada vez me iba dejando más libertad, ahora también se lo hace a Antonia. **A la que ya te ve que puedes hacerlo sola, pues te va dejando libertad**, eso va bien para ponerte a prueba a ver si lo sabes hacer tú sola y eso.” (E, Est Irene, 4:84)*

Al preguntar al enfermero Jordi, respecto al cómo pauta los objetivos de la tutoría clínica, se aprecia cómo reconoce a el/la estudiante como una persona que le educa también, orienta la tutoría clínica en función de lo que el/la estudiante trae consigo mismo/a y su evolución:

*“Sí, la verdad es que no los planifico ni previamente, ni posteriormente, me surgen sobre la marcha y todo depende de lo que el alumno me ofrezca a mí, porque yo también aprendo mucho de ellos. Entonces yo me dejo llevar un poquito por los conocimientos que ellos traen previamente y que van adquiriendo a lo largo de las prácticas, en función de su evolución pues vamos planificando los objetivos claro. Mi objetivo a largo plazo justo antes de que acaben ellos las prácticas en mi unidad, en mi servicio, es que sean capaces de planificarse, de priorizar y de programar sus cuidados y los servicios que tengan que darle al enfermo por ellos mismos. (...)” (E, Enf Jordi, 4:31)*

Esta tutoría clínica favorece por un lado el desarrollo de una práctica autónoma de la estudiante y, por otro, el de la responsabilidad del cuidado de la persona hospitalizada en su globalidad. Sin perder de vista el contexto, es decir, la gestión de los cuidados del paciente con el equipo de salud y con la familia. El enfermero lleva a la estudiante a una mirada amplia y holística de lo que implica ser enfermero/a:

*“(...) yo por ejemplo en mi vida diaria o laboral llevo cuatro enfermos actualmente, pues si les puedo dejar al final de su periodo que ellos lleven uno, pues para mí es un logro, y si pueden llevar dos, más logro todavía, y si pueden llevar tres más, logro todavía. O sea mi objetivo no es descargarme a mí de faena para dejárselo a ellos, sino que ellos evolucionen al máximo posible y que se intenten hacer responsables siempre bajo mi supervisión. De todo lo que conlleva la globalidad de ser el enfermero o enfermera de un paciente y de planificar y administrar la medicación, los cuidados, la gestión familiar y la gestión con el equipo, el programarse en las actividades junto con la auxiliar, el médico cuando pasa visita, la fisioterapeuta, todo eso es importante, hay alumnos con los que llegas a ese objetivo y hay alumnos con los que no, claro, depende de todo, depende de la evolución y depende de cómo vaya el alumno, pero mi objetivo final siempre es ése, hay veces que se cumple y hay veces que no.” (E, Enf Jordi, 4:31)*

En la situación de Irene, el tiempo de la práctica clínica no permitió llegar hasta este objetivo a largo plazo que menciona el enfermero, debido a la rotación clínica. En lo que sigue se destaca cómo el enfermero llega a conocer las capacidades de la estudiante:

*“(...) con Irene me dio mucha pena el no poder disponer de más tiempo porque es una alumna, que tiene muchísimo potencial y es súperinteligente, muy predispuesta a aprender siempre con una actitud súperpositiva y me hubiera gustado de disponer de más tiempo, porque en episodios anteriores con los alumnos no hemos tenido la situación actual de que ellos rotan y cambian de unidad. Entonces con nosotros han tenido la posibilidad de estar más tiempo y yo he podido acabar ese círculo del que hemos hablado antes y cerrar esos objetivos que yo he planteado a largo plazo, y con Irene por culpa del tiempo no hemos podido cerrar ese círculo y hemos llegado justo al penúltimo paso, (...)*

*Nelly: ¿Cómo, cuáles pasos, me hablas de estos pasos?*

*Jordi: Bueno, pues Irene era capaz de tomar decisiones en cuanto a la gestión de administración de medicación por sí sola, Irene era capaz de gestionar los tiempos de las curas y de gestionar las modificaciones de estas curas según la evolución del enfermo y de la herida, se interrelacionaba muy bien con la familia y el equipo, se coordinaba muy bien con las ayudas y, bueno, pues justo en la última semana hubo una serie de modificaciones en cuanto a movimiento de camas, traslados intraservicio y tal, que hicieron mover la planificación de los pacientes a priori que teníamos y claro, eso hace que la alumna requiera otro pequeño período de adaptación para*

*conocer a sus enfermos nuevos. Le genera una cierta, no desconfianza, sino inseguridad porque tiene que adaptarse '¡ostras!, esta patología es nueva, no la conozco, ¡Jordi explícame!', y claro, esto hizo ralentizar un poquito la consecución de este último objetivo, por eso digo que si hubiese estado una semana más, solo con un día o dos más de, 'pues mira, esta patología es así, se trata así y ¡adelante con lo que tú ya sabes!', (...)' (E, Enf Jordi, 4:245)*

Al preguntar a Jordi sobre cómo percibe lo que el estudiante le ofrece y lo que aprende de ellos:

*“Bueno, yo lo percibo como algo bueno porque cuando vienen los alumnos al hospital, bueno, hay mucho personal que lo percibe como una amenaza, de decir: '¡ostras!, ¡con todo el trabajo que tengo!, ¡con la que está cayendo ahora a nivel laboral y a nivel económico!, ¡y encima!', bueno, pues, **para mí es motivación más porque ellos vienen**, (...)' (E, Enf Jordi, 4:10)*

Para Jordi la presencia del estudiante en el hospital le genera motivación, es una oportunidad para aprender del estudiante. Estar por el/la estudiante es un *ofrecer (dar lo mejor de sí)* a él o ella todo aquello que sabes:

*“(...) tú tienes que estar por ellos muchísimo, les ofreces todo lo que tú sabes y esto ofrece muchas cosas, claro, ellos te preguntan sus inquietudes, te hacen trabajar más, (...)' (E, Enf Jordi, 4:10)*

Ese estar por el/la estudiante, es implicación con él/ella, es escuchar atentamente sus inquietudes, reflexionar sobre éstas, ofrecer una respuesta, tomarse en serio la necesidad del otro/a (Sennett, 2003), es saber-se como sujeto en formación a lo largo y ancho de la vida profesional:

*“(...) yo cuando voy a casa, las preguntas que me ha hecho Irene, las vuelvo a pensar **por si podría haberle ofrecido algo más que en ese momento no he caído, al día siguiente se lo explico, 'Irene lo que me preguntaste ayer mira que se me olvidó decirte'**, porque claro, todo no lo sabes o todo no te acuerdas en el momento y te obliga a actualizarte y a refrescarte y a trabajar y eso es, pues muy positivo para uno mismo. También ellos te explican la actualidad de la escuela, aunque yo tengo la suerte de trabajar allí por la mañana claro, tampoco estoy con ellos todo el día, yo trabajo unos ciertos aspectos de la educación o de las asignaturas, pero hay ciertas*



*asignaturas en las cuales yo tendría que actualizarme porque es muy difícil estar al día de todo.” (E, Enf Jordi, 4:10)*

Es lo que Freire (2006a) plantea, que no existe el *enseñar* sin el *aprender*:

*El aprendizaje del educador, al enseñar, no se da necesariamente a través de la rectificación de los errores que comete el aprendiz. El aprendizaje del educador al educar se verifica en la medida en que el educador humilde y abierto se encuentre permanentemente disponible para repensar lo pensado, revisar su posiciones; en que busca involucrarse con la curiosidad del alumno y los diferentes caminos y senderos que ella lo hace recorrer. (Freire, 2006a: 28)*

Ese ‘estar por ellos’ facilita el establecimiento de una relación pedagógica estudiante-enfermero cimentada en la confianza. Una relación que adquiere cierta gracia comunicativa, rítmica, en la que ambos actúan con libertad y responsabilidad:

*“Jordi: a veces es difícil mantener una relación de confianza y continuar manteniendo el rol de profesor-estudiante, pero bueno, ahí está también la habilidad del docente de decir: 'bueno, yo te doy toda la confianza que tú necesites, pero tú eres el alumno, yo soy el profesor, no te cojas el brazo cuando te doy el dedo', por hablarlo así, pero es claro que sí, además el alumno lo necesita porque si no se pondrá nervioso al lado cuando tu estés mirando a ver cómo lo hace, él tiene que saber que tú estás apoyándole pero que para apoyarle tienes que estar vigilándole, tienes que estar con él, es una vigilancia, yo le llamo vigilancia semiactiva, porque estás encima pero no estás, hay veces que tienes que ver sin que él te vea, aquello que le envías a hacer cualquier cosa y cuando él o ella sale de la habitación, pues tú te pasas, vigilas cómo está cayendo lo que ella ha puesto, cómo ha programado las bombas, cómo lo ha hecho y que ella no se sienta vigilada según qué aspectos, es como un juego, es como un baile, es como una danza, es gracioso [ríe] me gusta.” (E, Enf Jordi, 4:10)*

‘Estar por el estudiante’, además de soportarse en una relación de confianza, implica estar atento a las acciones de éste y ver en qué dirección marcha la experiencia del y de la estudiante (Dewey, 2004: 44). La función del maestro es la de crear las condiciones necesarias para que la experiencia de los alumnos sea educativa, más no instructiva o reproductiva:

*Se trata, fundamentalmente, de una acción sobre las acciones de los alumnos, la cual tiene las cualidades estéticas de una danza: equilibrio, ritmo, cambio de velocidad, interacción armoniosa. Y como en una danza, ambos bailarines —maestro y*

*alumnos— tienen que seguir, no tanto el uno al otro, sino a la música: el siempre cambiante flujo de la vida, la experiencia y el crecimiento.* (Dewey, 2004: 44)

#### **6.3.2.4 Estar por el/la estudiante es conocer y conectar con él/ella.**

Estar por el/la estudiante además de empatizar con la experiencia de ser estudiante, es hacerle explícita dicha empatía y ejercerla delante del paciente. Es prestar atención al propio decir y hacer como enfermero/a tutor/a:

*“Jordi: ...tú cuando eres empático con el alumno, el alumno hace un ejercicio de mimetización con su profesor, siempre y cuando hayan aspectos positivos, tú cuando estás aprendiendo copias, y si el profesor dice o hace, tú dices o haces porque crees que es lo mejor y lo correcto, pues igual. Lo que sí que es cierto que después de cada episodio o cada encuentro con un paciente intento sacar conclusiones con el alumno y decirle 'mira tenemos esta situación y vamos a abordarla de esta manera: a nivel comunicativo, no le podemos decir al paciente 'a' sino hay que decirle 'b', o preguntas abiertas para que él se desahogue, por ejemplo'. Pero hay muchas veces, pues que, de forma quizá sin darme cuenta, **el alumno mimetiza tus acciones por eso tienes que tener mucho cuidado cómo haces y cómo dices y según qué momentos porque él alumno copia, si tú eres empático el alumno es empático, tiene su parte de mimetización** y parte de captación de conocimientos cuando tú le explicas al alumno, pero hay muchas cosas que no hace falta explicarlas y que él o ella captan, los alumnos son muy listos, y si ven que algo vale la pena o si ven que algo es correcto te lo van a coger, (...) Lo que ellos tienen que hacer es mimetizar todo lo positivo que encuentren de todo el mundo, además de adquirir conocimientos teóricos, pero **gran parte de esa empatía la captan al vuelo** sin tener que explicarla, sólo tienes que ejercerla delante del paciente, que considero que como profesional es nuestra obligación, pese a que tengas días buenos o días malos.”* (E, Enf Jordi, 4:2)

La capacidad intuitiva, empática y de estar por el/la estudiante le permite al enfermero **conocer y conectar** con el/la estudiante. Él lo denomina "acompañamiento". El enfermero se preocupa por la necesidad genuina de la/del estudiante, la necesidad de sentir que la/el enfermera/o confía en él/ella. ¿Cómo el enfermero/a aprecia los saberes que el/la estudiante lleva dentro? y ¿Cómo el enfermero/a les hace saber a los/as estudiantes aquellos saberes que ellos llevan dentro? ¿Cómo el enfermero/a *re-conoce* lo que el/la estudiante necesita? Un conocer que implica conectar y desplazarse hacia la experiencia del y de la estudiante:

*“Jordi: Sí, es que el estar-al-lado-de o el-estar-presente o el hacerte-estar-presente es súperimportante y considero que sí que es cierto que eso se aprende, pero también va en la persona. Irene fue capaz de hacerlo porque lo lleva dentro también, lo que pasa es que mi tarea es hacérselo saber, de que lo llevas dentro pero tienes que exponerlo, tienes que ofrecerlo, tienes que saber que esto se ha de dar, que no te lo tienes que quedar para ti. Luego hay personas que por su forma de ser, por su personalidad, pues, no tienen ese nivel de dar o de ofrecer, son más intrínsecos en ese sentido, son más suyos, son más propios, totalmente respetable. Pues tendremos que explotar otros aspectos, pero como yo considero que esa porción del cuidar es súperimportante, el acompañamiento (...) lo intento explotar siempre que puedo.” (E, Enf Jordi, 4:32)*

**Conocer y conectar con el/la estudiante** es ayudar a que reconozca las cualidades del cuidado de enfermería (la empatía, la presencia, la confianza, el estar-ahí, el apoyar emocionalmente, entre otras) orientándole a través de una forma determinada de aprender haciendo (Schön, 1992). Jordi sabe/reconoce que no puede enseñar sobre la empatía o estas cualidades, tan sólo puede hacérselos saber manteniendo con la/el estudiante una relación empática, dándole confianza, motivándole, estando-ahí por el/la estudiante. Estas cualidades como la empatía, la presencia, el estar ahí, entre otras, pueden ser captadas por el/la estudiante de manera integral, experimentándolas en la acción:

*Una estudiante que sabe cómo reconocer cualidades de este tipo puede aprender a experimentar con diferentes recursos para su producción, y un tutor puede ayudarle en esta labor. Pero si un estudiante no sabe todavía cómo reconocer una determinada cualidad del diseño [del cuidado], es improbable que se le pueda ayudar a conseguirlo mediante el recurso exclusivo a las descripciones verbales. (Schön, 1998: 147)*

Siguiendo la línea de Ironside et al. (2005a) me pregunto: ¿los profesores/as clínicos dialogan lo suficiente para pensar cómo ellos/as en su práctica de tutoría son, o no son, capaces de conocer y conectar con el/la estudiante?

¿Cómo transmitir al estudiante la importancia de conocer y conectar con la persona hospitalizada si no es con la propia vivencia de sentir que el/la enfermero/a le conoce (en sus capacidades, desarrollos y aspectos por formar) y conecta con su experiencia de ser estudiante?

Creo que cuando se ha conectado con la experiencia del (ser) estudiante, éste siente que está en buenas manos siguiendo la idea de Sennett (2003), quien afirma que "en toda relación social estamos en algún momento en manos de otra persona que nos guía" (p. 50).

#### **6.3.2.5 'Cada vez voy más por libre'.**

Para la estudiante es importante sentir que cada vez más va por libre, siguiendo a Rodríguez (2012), quien afirma que el/la estudiante necesita "*enfrentarse a la situación*", necesita "*sentirse autorizado a ejercer su criterio profesional con libertad, siguiendo sus propias argumentaciones y reflexiones sobre los cuidados*". Para la/el estudiante sentir que cada vez va más por libre le permite asumir la responsabilidad del cuidado de la otra persona, el prestar mayor atención a su acción, la reflexión en el interior de la acción "*¿qué tengo que hacer?*" y por lo tanto aprender de manera experiencial. Para Medina (2005b), el aprendizaje significativo parte del interés y deseo de saber del sujeto, está relacionado con sus propias experiencias y ha sido elaborado reflexivamente por él mismo, a diferencia del aprendizaje vacío de significado, entendido como el simple acúmulo de datos desconectados de los conocimientos, experiencias, convicciones y emociones de la persona que trate de aprenderlos:

*"Pues mira, al principio, principio, a lo mejor lo hacia él y me lo iba explicando pero muy poquito, desde casi desde el principio, ya me lo hizo hacer a mí, me dijo: 'a ver, necesitamos esto no sé qué', lo preparábamos y lo íbamos haciendo y él me iba diciendo, y cada vez que lo repetíamos, pues a lo mejor la segunda vez yo preparo el material y la tercera vez ya ni me dice lo que tengo que hacer, ya 've a la habitación y haces', entonces es un proceso, donde cada vez estoy más, voy más por libre, me va dejando hacer más cosas así por libre. Al principio estaba allí al cien por cien y luego ya me va dejando la responsabilidad a mí cada vez más, que eso está bien porque así yo también, cuando estoy con él es como que me confió un poco más, en cambio cuando estoy sola es como todo el rato pensando, ¿qué tengo que hacer?, siguiente paso y es un ejercicio, bueno, para asimilarlo todo."* (C1, Est Irene, 4:5)

Cuando la estudiante dice que se confía un poco más cuando está con el enfermero, expresa que esto sucede debido a que percibe que él le ayuda a recordar en caso de olvidar algún material

o un paso —le facilita las cosas—. De acuerdo con Rodríguez (2012), si el acompañamiento del tutor se convirtiera en una rutina durante el período práctico del estudiante, éste perdería la oportunidad de desempeñar el rol profesional de forma absoluta:

*“A principis de setmana la meva infermera em va dir que no em fixava en els dispositius que porten els pacients, que potser era perquè em refiava de que ja ho mirava tot ella. Tenia raó, sempre anava darrere d’ella. A partir d’això vaig començar a fixar-me en tot, comprovo les bosses de diüresis, els drenatges, els apòsits...” (D2, Est Rosa, 1:40)*

*“(...) me lo comento una enfermera que, entré a dar la medicación, ‘¿le has mirado la diuresis?’ y le dije ‘pues se me ha pasado’, ‘pues acostúmbrate cada vez que entres a una habitación pues a echar un vistazo a todo lo que lleva, tanto la vía, como si ves un redón, si ves el débito o un drenaje, fíjate en todo, porque te puede avisar de algo que puede pasar’, **yo creo que es por estar en prácticas, que te confías que eso lo hace la enfermera y tú lo dejas un poco más de lado** (...) hay que estar pendiente de todo, entrar a la habitación, no es sólo dedicarte a dar la medicación sino mirar al paciente “todo”, saber qué es ese paciente, qué patología tiene y entonces fijarte, pues tengo que mirar el drenaje, a ver cuánto débito tiene ahora y qué tipo de débito es, para así luego hacerlo en registro y dejar anotado, por si ha habido algún cambio saber valorar cuánto ha entrado hemático o serohemático, pero si igual termina siendo hemático, hay que avisarle al médico. Y todo eso, yo creo que, hablo personalmente, que yo como estudiante **igual me confío de que lo hace la enfermera.**” (E, Est Rosa, 2:61)*

*“(...) yo creo que por el hecho de estar aprendiendo o, no sé, es que como que hay momentos que me gusta estar sola como para ponerme a prueba, de qué pasaría si yo estuviera delante de esta gente yo sola, si esto fuera mi responsabilidad, (...)” (E, Est Antonia, 4:233)*

*“Claro porque cuando esta él pues, si me he olvidado de alguna cosita pues **él me ayuda, me da si es algún material me lo da y si es algún paso pues me lo recuerda**, en cambio cuando estoy yo tengo que confiar en migo misma porque él no está y si me equivoco, pues, lo tengo que arreglar yo sola y claro un procedimiento que es estéril y eso, por ejemplo el otro día que estabas tú pues me pudiste pasar, acercar el campo por ejemplo que estaba muy lejos, cualquier cosa, y en cambio si yo estoy sola ya, tiene que estar todo perfecto porque si no adiós, que si no tampoco pasa nada, sólo es pérdida de tiempo en este caso, pero claro el tiempo también es valioso, entonces.” (C1, Est Irene, 4:7)*

Este ir cada vez más por libre le permite a la/al estudiante confiar en sí mismo/a y enfrentarse a la situación, enfrentarse a problemas y aprender a resolverlos por sí mismo/a, reflexionando en el interior de la acción, tomar decisiones deliberadas y debidamente argumentadas respecto a

beneficios y prejuicios de distintas formas de actuar. Por tanto, la estudiante se responsabiliza de su *hacer*, "*cuando estoy yo, tengo que confiar en mí misma porque él no está y si me equivoco, pues, lo tengo que arreglar yo sola*".

En este fragmento se evidencia cómo la estudiante dialoga consigo misma mientras va hablando, luego de afirmar que todo ha de estar perfecto, humaniza la expresión como un 'tampoco pasa nada' si no está todo perfecto, pero sí que enfatiza en lo que sucedería cuando no se tiene o bien el material debidamente preparado o accesible durante el procedimiento, como una pérdida de tiempo, el cual para ella es también valioso.

Ir por libre es enfrentarse a retos, es un proceso que se va dando de manera gradual y acorde a la singularidad del y de la estudiante. Algunas estrategias que emplean las/os enfermeras/os clínicas para facilitar ese tránsito hacia la autonomía son el hacerle participe en su proceso de autonomización, al permitirle decidir entre realizar los procedimientos de manera colaborativa entre estudiantes o realizarlos por sí misma. De acuerdo con Schön (1992), el prácticum se realiza por medio de algún tipo de combinación del aprender haciendo de los estudiantes, de sus interacciones con los tutores y los otros compañeros y de un proceso más difuso de «aprendizaje experiencial» (p. 46):

*“(...) en la mayoría de casos al estudiante le gusta ir sólo porque le gusta enfrentarse a retos, y cuando no, no está clara la opción entre ir sólo o ir conmigo, le doy la opción de ir con la compañera o la otra estudiante porque se siente arropada y porque bueno, no es la figura del profesor que te está “vigilando”, pero es la figura de una compañera que si tengo una duda le puedo preguntar a ella, y así parece que yo lo he hecho sola, es un paso intermedio '¿vas conmigo o vas sola?', 'bueno..., ehh...', 'pues, ve con tu compañera', es algo que tú sabes como profesor, que ella lo va a hacer bien pero necesita un apoyo extra y, bueno, pues quizás ella siente mayor sensación de bienestar, con el hecho de ir con la compañera que está a su nivel, que no la va a vigilar, si no que la va apoyar en ese sentido.” (E, Enf Jordi, 4:30)*

Para el/la estudiante encontrarse delante de su compañera le permite dar cuenta de aquello que ha aprendido, reconocer la autonomía adquirida en su práctica y cultivar el trabajo colaborativo:

*“A mí me gusta porque me da, es lo que te explicaba antes de ir sola, pero además tengo una compañera que está a mi altura, no sé cómo decirte, está en el mismo escalón que yo, entonces me gusta, es como que fuese sola pero además tengo ayuda, o ella tiene ayuda, ¿sabes?, ayer por ejemplo fuimos las dos a poner una vía y yo me sentía cómoda estando con ella, igual me pasaba con Nadia (estudiante), me gustaba mucho ir a hacer las cosas las dos, (...) darme cuenta también de que yo o vas recordando tú y te vas dando cuenta que ya lo vas aprendiendo a hacer tú sola (...)”* (E, Est Antonia, 4:238)

Para autores como Roberts (2008) y Schön (1992) la enseñanza y aprendizaje entre pares en el prácticum resultan tan valiosos como el realizado con el tutor. Algunos estudiantes en ocasiones desempeñan el papel del tutor y es, precisamente, por medio de su grupo de iguales que un estudiante puede meterse de lleno en el mundo del prácticum, aprendiendo nuevos hábitos de pensamiento y acción.

Permitir a la estudiante *hacer* de enfermera y participar en la toma de decisiones en el cuidado de los pacientes bajo la supervisión del o de la enfermero/a tutor/a, es otra de las estrategias empleadas por éstos/as para favorecer la autonomía del y de la estudiante:

*“Em va dir que aquesta setmana un dia em deixaria a mi fer, mentre ella mira com faig les coses i si faig tot o m’equivoco o em deixo alguna cosa, però que em deixaria com si estigués sola per a veure com em desenvolupo sola de cara a quan hagi de treballar jo sola i la veritat que tinc ganes de provar-ho, em sembla una molt bona manera d’ensenyar-me el que em trobaré i de comprovar si estic capacitada per assumir-ho.”* (D8, Est Carla, 1:239)

*“(...) me gusta mucho porque la verdad me ha enseñado muy bien y te da como la confianza, para decir ‘bueno, va, hoy lo haces tú’, por ejemplo yo nunca había cambiado una parenteral pues me dijo ‘hoy lo hago yo para que lo veas, el próximo día lo haces tú, yo te miro y luego ya te dejo ir sola’, entonces cuando el segundo día lo vas a hacer tú y ella te dice ‘venga, va, que yo te miro’, **me inspira como confianza para decir, ‘lo voy a hacer bien, lo voy a poder hacer bien, lo voy a poder hacer bien’.** (...) me ha ayudado mucho a lo que te he dicho antes, a tener autonomía, **a ser yo.** Y me decía: ‘hoy lo vas a hacer todo tú, porque luego vais a sacar en la carrera y estáis así, estáis como perdidos, entonces hoy lo vas a hacer todo tú pero yo te miro, te superviso y cada día lo hago’.”* (E, Est Carla, 2:102)

El ‘hoy harás tú de enfermera’ genera en el/la estudiante confianza en sí misma, responsabilidad, libertad, independencia, autonomía y seguridad:

*“(…), me gustó sentirme así tan independiente y tan autónoma y en el sentido de decir: 'qué bien', no dependes tanto de alguien de decir '¿esto lo hago así?', yo iba haciendo lo que me parecía y yo le decía a Joan '¡mira!, pues le he dado tal medicación', y me decía: '¿Qué tenía dolor?', 'sí', 'pues, muy bien'.” (C2, Est Miriam, 4:174)*

*“(…) tuve la oportunidad y me sentí, no sé, aparte de sentirte tú como autónoma y como independiente, de decir: 'tiene la confianza en mí de que lo puedo hacer, de que me deja sola porque cree que yo puedo hacerlo', entonces claro, si tú ves que la gente confía en ti, dices: 'entonces es que realmente', tú puedes confiar en ti pero si encima ya te lo reiteran, te dicen: 'pues sí, tú sí', pues, te sientes como mejor y dices: 'oye, que bien', (...)” (C2, Est Miriam, 4:175)*

Ese ir cada vez más por libre permite a la estudiante elaborar razonamientos clínicos, tomar decisiones debidamente deliberadas y con determinación:

*“(…) había medicación que me decía: '¿Y esto?', y digo: 'esto no lo he sacado', y me decía: '¿Y por qué?', le digo: 'pues, porque no lo precisa', '¿cómo no lo precisa?', le digo: por ejemplo el Primperan® 'porque no tiene náuseas no tiene vómito', por ejemplo el omeprazol me decía: '¿y este omeprazol por qué no lo has preparado?', y digo: 'porque es intravenoso' y digo: 'Y le tocaría a las doce, no le toca ahora' y me decía: '¿sabes?, pues sí que tienes determinación a la hora de tomar decisiones, de decir pues esto por aquí o esto así', 'pues sí', y fue cuando me lo dijo: 'pues, te veo más suelta, más rápida', es normal que si la última semana no vas rápida ya es como, me lo dijo por eso porque había tomado decisiones sin que él me dijese nada.” (C2, Est Miriam, 4:176)*

#### **6.3.2.6 Autorizar ante la equivocación: 'no me mete presión'.**

Autorizar al estudiante a la equivocación es un acto que humaniza la relación pedagógica y que incide también en la humanización en el cuidado a la persona hospitalizada. Cuando el enfermero autoriza a la estudiante a equivocarse delante de él, este error no es llevado a la cama del paciente. Estar por el/la estudiante es *hacerse co-partícipe* del error de la estudiante en el interior de la acción, y colaborativamente aprender a resolver los problemas que surjan en la acción. En una de las observaciones, la estudiante se observa insegura y deja caer material estéril (bolsa de NTP y equipo de bata) al suelo:

*“(…) a la estudiante Sonia se le cae la bolsa de NTP al piso, se le ha soltado al parecer de sus manos al intentar colgarla al atril (ella se ruboriza, se pone aún más*



*insegura, titubea más). Rápidamente el enfermero Jordi acude y le dice: no pasa nada, lo estéril está protegido con gasas, no va a pasar nada. El enfermero va hacia el atril se inclina y le ayuda a colocar la bolsa de NTP en el atril. La estudiante se observa aun nerviosa. (...)*” (O7 PA, Est Irene y Sonia, 3:66)

*“(…) cuando Sonia procedía a abrir el paquete estéril, y al extraer la bata estéril, el resto de material estéril se cayó al piso. [La estudiante se encuentra insegura, nerviosa, algo temblorosa de sus manos y con movimientos acelerados]. En el momento de ponerse la bata, y la enfermera Carmen le observó y le dijo: “Primero la bata, luego te pones los guantes” [su tono de voz es distante, imperativo] Sonia: “Sí, cierto es que se me olvida y me pongo primero los guantes” Sonia termina de ponerse la bata estéril, no sabe si se ha de amarrar la bata o qué hacer con el material que se le ha caído al piso, decide recogerlo con sus guantes y deja unos apósitos en el suelo que no alcanza a recoger. La estudiante pregunta a Irene cómo se amarra la bata. En aquel momento entra el enfermero Jordi la calma, le dice: “no pasa nada”, le amarra la bata cogiendo los lazos que están ubicados frente a la estudiante y la amarra por detrás. Vuelve y le dice: “no pasa nada”. [La estudiante se ve muy preocupada por mantenerse estéril, se ubica al lado izquierdo de la paciente, el enfermero Jordi en este momento se encuentra ubicado en la parte inferior de la cama, a los pies del paciente] (...)*” (O7 PA, Est Irene y Sonia, 3:66)

Al preguntar a Sonia sobre el acompañamiento recibido por parte del enfermero en el interior de la situación:

*“Bien porque estaba ahí mirando y nos dejaba hacer y después ya nos explicaba, nos decía: ‘pues, para la otra vez cuando hagáis esto’, o sea que en el momento no nos metía presión, pero que después sí que nos daba consejos. (...) es súpercompresivo, te sientes muy bien, si en vez de decirme: ‘no pasa nada’, me hubiera dicho o hubiera resoplado en plan [hace un gesto facial acompañado de un resoplar de sus labios] o me hubiera dicho cualquier otra cosa, tontería ¿eh?, cualquier tontería, ya no hubiera podido hacerlo por ejemplo, (...)”* (C1, Est Sonia, 4:24)

Es lo que Schön (1992) refiere con aquella situación kafkiana en la que el estudiante debe depender de la inflexión del tono de voz (del/de la profesor/a o del/de la enfermero/a) para descubrir si algo marcha mal.

Al preguntar al enfermero respecto a cómo gestionaba aquellas situaciones:

*“(…) hubo un momento ahí de nervios, se le cayó la bolsa. Ahí entró en juego el vamos a aprender a solucionar este problema, ‘no pasa nada, vamos a coger el material, lo cambiamos, ponemos material nuevo, no pasa nada’, y bueno, creo que*

*estuvo bien porque así las dos practicaron algo nuevo, se apoyaron como alumnas las dos, ... pese a que precisaron mi presencia, pues porque era algo nuevo que hacían las dos y creo que fue bien porque también practicaron la resolución de problemas, se encontraron con un problema que no les había pasado nunca, 'bueno, se ha caído la bolsa al suelo, ¿Qué hacemos?', 'bueno, pues no pasa nada, volvemos a colocar, cogemos material nuevo, lo empaquetamos, lo ponemos a esterilizar y ya está'. (...) el buen profesional no sólo debe saber hacer las cosas bien porque hay veces que las cosas no pueden salir bien siempre [Nelly: Ya], **tú tienes que saber resolver problemas, porque los problemas siempre van a estar ahí, puedes minimizarlos, pero hay un porcentaje que es muy difícil evitar, por factores externos o como tú quieras, o incluso tú eres humano y yo puedo tener errores, '¿Cómo los soluciono?', ahí está el quid de la cuestión"** (E, Enf Jordi, 4:27)*

*"(...) hay muchas veces que por la misma presión que ellas sufren, por los mismos nervios, pues igual su respuesta no es la adecuada hacia el rol de profesor, porque muchas veces lo que hablamos que es difícil saber mantener una cercanía y a la vez una distancia, '¿oye? que tú eres alumna y yo soy el profesor' y más cuando te ven joven [Nelly: Ajá]. También el tema de la edad influye, pero yo opto por, bueno, realmente comunicación gestual, y ya se dan cuenta, no hay ningún problema, tú estás tratando con ella de forma abierta, empática, haciéndote partícipe de ese error, ofreciendo soluciones y por la presión tampoco hay que darle más importancia, pues quizás ofrecen una respuesta incorrecta, [Nelly: Una respuesta] una respuesta incorrecta a nivel de tono, ¿no?, o no adecuada, pues yo simplemente muchas veces opto por mirarla y se da cuenta de que se ha equivocado y ya está, no hay ningún problema, pero no voy más allá, porque normalmente la comunicación gestual, la no verbal habla más que las palabras y se dan cuenta de que se han equivocado la primera vez y ya está, no hay ningún problema. (...) **y tampoco hay que ser rencoroso con ciertas cosas, bueno, con nada con ellos pero con esto menos todavía, porque no hay que olvidar que están muy presionados, van muchas horas, van para aprender, y bueno, se les exige mucho, tienen que aprobar con un siete no hay que olvidarlo."** (E, Enf Jordi, 4:57)*

Delante de situaciones en las que el/la estudiante se muestra inseguro/a y presenta fallos en la realización de algún procedimiento, el enfermero mantiene un tono pedagógico (que no es imperativo o normativo) al hacer una crítica constructiva, emplea la comunicación no verbal con un gesto decidido y tranquilo, procura con su presencia transmitir tranquilidad y seguridad, resuelve los problemas de manera colaborativa, se dirige al estudiante en tercera persona y plural, haciéndose partícipe del error:

*"Bueno, eso también entra un poco en cómo sabes que el alumno, la alumna, se lo va a tomar, porque hay alumnas que son, hay alumnos, alumnas que reciben muy bien las críticas constructivas y hay otras alumnas que no lo reciben de la misma manera, claro, en ese sentido estaba ejerciendo Miriam y como sabes es alumna de Carmen, ni*

*ella me conocía a mí ni yo a ella entonces, pues simplemente se lo planteaba desde un punto de vista lo más tranquilo posible, de decirle que realmente no estaba haciendo las cosas correctamente, pero con el tono de voz transmitirle que había arreglo: 'no pasa nada', y creo que se lo tomó bien, ¡a ver!, realmente era una situación de estrés, de una cosa que había que hacer rápido por la situación, pero claro tampoco puedes meterle presión al alumno ya que lo está haciendo. Bueno, pues pese a todo eso hay que transmitirle una sensación de tranquilidad, pues para que ella asimile esos errores y cómo resolverlos y ya está, decírselo tranquilamente porque en ese momento decir un 'Miriam por favor así no se hacen las cosas', ¡no!, ¡no!, ¡no!, ¡no!, porque ni ella te conoce a ti ni tú a ella. Bueno, pues simplemente decirle: 'mira, mejor cogemos el...', además creo que hablar en tercera persona en plural ayuda bastante porque te implicas tú en el cuidado, en el error, no la haces responsable a ella, 'mejor coges esto y lo pones aquí', eso suena más imperativo, ¿no?, yo utilizo mucho la tercera persona el plural, 'mira, mejor si cogemos esto y lo hacemos de esta manera, ¿no?, quizás ¿cómo lo ves tú?', pregunta abierta, '¿cómo ves tú esto si lo cogemos y lo hacemos así?', te haces partícipe de ese error y a la vez ofreces a ella la resolución del mismo, (...)' (E, Enf Jordi, 4:55)*

Cuando se autoriza la equivocación en el/la estudiante es importante no presionar y no juzgar en sentido normativo; porque sentirse presionado/a, observado/a o juzgado/a, hace que el/la estudiante se perciba torpe, que pueda bloquearse, equivocarse más, no realizar un proceso de reflexión en el interior de la acción y/o a dar respuestas automáticas e irreflexivas:

*“Bueno, pues porque cuando una persona está aprendiendo y tiene poca práctica con según qué cosas, bajo presión normalmente cometes más errores, ¿no?, claro, ya se sienten suficientemente presionadas como para que encima se sienta más todavía, por culpa de ciertos comentarios, ¡pobres! ya están haciendo algo que no controlan al cien por cien y están algo nerviosas, se sienten observadas por ti y bueno un poquito de confianza y participar con ellas en el error lo que te he dicho, '¿qué tal si hacemos esto?, ¿cómo lo ves?, ¿qué te parece?', la pregunta abierta es mi comodín [reímos].” (E, Enf Jordi, 4:56)*

*“Sí. Con la enfermera con el enfermero, a ver, sí porque depende de cómo sea el carácter de una persona puedes tener más feeling o menos con ella y eso te puede ayudar, te puede beneficiar, te abre más a preguntar no te importa tanto que te equivoques no te ves tan juzgada, no tienes miedo a equivocarte y entre comillas “te riñan”, vale, y claro que te favorece, porque a veces cuando tienes mala relación con las enfermeras están bloqueadas, o con el enfermero, ya van con la predisposición negativa a las prácticas, a que van a tener mal día y como ya van con esa predisposición, pues hace que se equivoquen más, que se bloqueen más, que entiendan menos de lo que se les explica.” (E1, Prof. Blanca, 2:143)*

### 6.3.2.7 Autorizar a no-saber.

Una relación pedagógica que está por el/la estudiante le autoriza a no-saber, a no-recordar y a preguntar por aquello que no recuerda, no sabe o no ha comprendido todavía:

*“(...) es lo que siempre me dice él, ‘que estamos aprendiendo que si no para que vengo’, y él me dijo, desde el principio me dijo: ‘si algo no lo sabes me dices, pues no lo sé y ya está’. Claro, eso es relativo si me explica una cosa cuatro veces y luego me pregunta ‘¿cómo se hace eso?’ y no lo sé, pues eso ya es..., pero no, me refiero a un nombre o alguna cosa.” (C1, Est Irene, 4:8)*

*“El enfermero le advierte de una de las medicaciones que se ha de administrar a las 19 h en punto. Como es el caso del Sintrom.*

*Enf. Joan: El Sintrom sí tiene que ser a la 19 h, tiene que ser administrado una hora antes de las comidas*

*Sonia: ¡Ah!, eso no lo sabía*

*Enf. Joan: “Te lo digo yo, para eso estás aquí, para aprender” [tono de voz afectivo y decidido] [El enfermero Joan procede a explicarle por qué se ha de administrar una hora antes aquel anticoagulante, la estudiante lo registra en su hoja donde contiene la actividades de cuidado de los pacientes, lo registra doble vez y en tamaño considerable, enmarcándolo en un círculo.]” (O7 PC, Est Sonia, 3:148)*

Al preguntar a la estudiante respecto a que el enfermero le expresase lo anterior:

*“Sonia: Ah, pues genial me daba muchísima confianza porque esto era lo que yo necesitaba, él es la persona que yo necesito porque es una persona que entiende en todo momento que tu rol es el de alumno, y no da por supuesto que tú vas a saber algo, sino que él entiende que igual que él ahora sabe un montón de cosas porque un día las preguntó, pues una alumna que viene ahora, no las sabe.*

*Nelly: ¿Sí, que te da como esa oportunidad de no-saber?*

*Sonia: Exacto, no te culpabiliza por no-saber porque hay otras personas que... ahora mismo no pienso en nadie, pero en general que te preguntan algo y no lo sabes, ‘¿y no lo sabes y cómo no lo sabes?’ [Nelly: Ya] ‘ah, lo siento por no saberlo’, o sea no es para sentirme mal por no saber algo (...) [Nelly: Ya]” (E, Est Sonia, 4:143)*

### 6.3.2.8 Aprender a hacer versus ‘hacer bien la técnica pero sin saber el porqué’.

Estar por el/la estudiante es volcarse en su aprendizaje, tiene como fin la formación holística de éste/a como enfermera/o, atiende al proceso (a la trayectoria del/de la estudiante), al qué y cómo el/la estudiante está aprendiendo y/o cómo está ejecutando una acción clínica, se interroga

por lo que necesita para su aprendizaje, es sensible a la experiencia de aprendizaje por la que *atraviesa* el estudiante:

“(...) como que a Jordi le importa más que tú aprendas y hay otras enfermeras que lo que les importa es que lo hagas bien, que hagas un procedimiento bien, no que aprendas más o menos, (...)” (C1, Est Sonia, 4:25)

Considero que poner el énfasis en que el/la estudiante realice un procedimiento bien, sin un razonamiento acerca del porqué ha de realizarse de aquella manera, qué necesita el/la estudiante para que su ejecución sea cada vez más inteligente, cómo ha llegado éste/a a aprender aquello o si en la ejecución han surgido dudas; es centrar la atención en el resultado final, que el procedimiento haya sido ejecutado, sin la debida atención al proceso de aprendizaje del/de la estudiante.

Es importante que la ejecución clínica se realice bien o de la mejor manera, como también el cómo es aprendida, las dificultades inherentes en dicha ejecución, los razonamientos del porqué se ha o no de ejecutar o proceder de determinada manera o qué alternativas coexisten en la ejecución y el acompañamiento en el proceso de aprendizaje del/de la estudiante.

Sonia afirma que al enfermero Jordi le importa más que ella como estudiante aprenda, a diferencia de otras/os enfermeras/os a los que les importa más que ella haga bien un procedimiento, no que aprenda más o menos. Parece que el foco de atención de cada uno es diferente, para Jordi es que la estudiante aprenda no sólo una ejecución técnica competente — qué necesita para realizar una ejecución competente y cómo lo ejecuta—, sino también el trasfondo, 'el porqué y para qué de aquella ejecución', que aprenda otras maneras de hacer y que aprenda a solucionar problemas. Además, el proceso no acaba una vez la estudiante ha concluido el procedimiento, sino que el enfermero proporciona un *feedback* a la acción del y de la estudiante, es así que se puede afirmar que realiza una práctica pedagógica orientada al aprendizaje de la estudiante. En el caso de aquellas/os enfermeras/os cuyo foco de atención es

que la estudiante lo haga bien, el acento se pone en el resultado de la ejecución técnica, aunque aquí también puede observarse 'el cómo' la estudiante ejecuta la técnica, el énfasis está en la técnica —qué necesita para realizar una ejecución competente y cómo lo ejecuta—, pero se deja de lado el 'porqué o para qué de la ejecución' u otros posibles modos de hacer, y lo que la estudiante ha sacado en limpio de la ejecución, si ésta ha aprendido o no de manera significativa. Es decir, una práctica orientada hacia la instrucción más que hacia la formación de la estudiante:

*"Sonia: En cómo hacer las cosas, para que lo hagas bien y punto, 'has puesto bien el suero, ya está', 'has puesto bien el suero pero no te diré porque no sale de mí por qué haz de ponerlo así', yo sólo veo que lo he puesto bien y ya está, no sé si me explico, como hacer bien la técnica pero sin un trasfondo, y a mí me importa el trasfondo porque pinchar todo el mundo podemos, yo creo que hay que saber por qué se pincha así o así. (...)" (C1, Est Sonia, 4:26)*

Además se deja de lado lo que el estudiante necesita para aprender a tomar una decisión, como por ejemplo decidir qué vena puncionar:

*"Nelly: Quizá como una cosa de profundizar, explicar un poco más por qué o incluso qué necesitarías tú también [Sonia: Sí, si claro.] como estudiante para llegar a decidir cuál vena puncionar.*

*Sonia: Claro, exacto, '¿por qué elijo esta en vez de la otra?', '¿en qué momento tengo que elegir al lado de la muñeca? y ¿cuándo aquí? [Señala el antebrazo], ¿por qué cuando pincho con una aguja tengo que hacerlo más inclinado o menos?', a mí que me digan 'toma una aguja, pincha así, ala', **está bien porque lo voy a hacer bien, pero no voy a saber el porqué**, '¿y por qué he de pinchar así?', por ejemplo, '¿y por qué no así, y por qué, por qué?' [Me muestra con su mano derecha, inclinando su dedo a diferentes ángulos de inserción para la punción de una vía, a 45°, 30° y 20°], y es cuando me voy a casa con la sensación de, **'vale, lo he hecho pero no sé por qué hago las cosas'.**" (C1, Est Sonia, 4:26)*

Estar por el/la estudiante es estar delante de él/ella sensible a su experiencia, es *pre-ocuparse* por su experiencia de aprendizaje, por favorecer las condiciones más pertinentes para que experimente un aprendizaje significativo y experiencial, es tomar consciencia de que el estar-ahí formándose como enfermero/a es una oportunidad para crecer juntos.

#### **6.4 Convergencia de significados entre estudiante y enfermera tutora respecto al cuidar competente en enfermería**

La práctica de tutoría clínica que presentaré a continuación es una práctica pedagógica que se presenta abierta, flexible y dinámica. Permite que el/la estudiante progrese en la interacción y emergencia del desarrollo del raciocinio y juicio clínico, la atención operativa e imitación reflexiva, la atención al aspecto psicoemocional de la persona hospitalizada, la integración con los saberes propios de la enfermería, la enseñanza de procesos, entre otras. La/el estudiante parte de la interdependencia hacia la autonomía, "el ir por libre". Tanto ese trayecto del "estar por mí" como el de "ir por libre" se abrazan en una convergencia de significados respecto al cuidar competente en enfermería. Significados que el/la estudiante va interiorizando como fuente de su saber experiencial para su futura práctica.

Convergencia que no es sinónimo de reproducción, es converger hacia un mismo punto, equidistante o no. Y los significados que se van construyendo y deconstruyendo en la conversación con el otro/a, de acuerdo con Diekelmann (2000), son conversaciones interminables que impulsan hacia adelante, que están comprometidas con los discursos prácticos, que describen la sabiduría y el conocimiento práctico adquirido a través de las experiencias de formación, aprendizaje y enseñanza. Esta convergencia de significados es históricamente situada, es comprometida y participativa, para tener las voces del y de la estudiante y del y de la enfermero/a tutor/a. Permite el aprendizaje de uno con el otro, así la comunidad se engendra.

#### **6.4.1 Entrega y recibo del parte: punto de partida para la interrelación, el desarrollo del razonamiento clínico y la planificación de cuidados.**

##### **6.4.1.1 Contextualización: Momento para la imaginación clínica y la interrelación.**

El momento de entrega y recibo del parte se presenta como un ritual de la enfermería, donde hay un intercambio de información relevante sobre la evolución clínica de las personas hospitalizadas. Este momento favorece en la estudiante la imaginación clínica, la visualización del paciente, es decir, hacer la foto del paciente —"*to paint a picture*" (Benner et al., 2010)—, y ayuda a integrar e interrelacionar toda aquella información relevante suministrada y relacionada con la condición clínica del paciente.

En la siguiente observación durante la entrega y recibo del parte, el enfermero expone a Irene la situación clínica del hombre que ha ingresado en la unidad esa mañana y, por lo tanto, es nueva para ella. El enfermero centra su atención en los principales problemas o complicaciones potenciales de aquel hombre debido a su cuadro clínico, como es la demanda de administración de opioides, el establecimiento de una relación terapéutica con el paciente y la familia para la adecuada negociación sobre la administración de opioides y el acompañamiento emocional que exige su cuidado y su familia. Esta situación contiene algunos elementos que Benner et al. (2010) presentan al narrar como una de las participantes de su estudio (Pestalossi) intenta que el estudiante observe cómo ella examina y clasifica todos los detalles para el cuidado de la paciente, las piezas de información, los resultados de laboratorio, las indicaciones médicas y las notas de enfermería. Pestalossi ayuda a las/os estudiantes a desarrollar su imaginación clínica invitando a éstos a pararse junto a ella, ver el paciente, leer los resultados de laboratorio, intentar comprender lo que el paciente está experimentando y hacer juicios sobre lo que éste necesita. Para estas autoras la *contextualización* significa tener en cuenta la respuesta del paciente en la situación, incluyendo su historia clínica, interrelaciones entre el sistema fisiológico, la interacción social con los otros y las respuestas al ambiente en particular. Las enfermeras



confrontan múltiples niveles de contexto desde la fisiología a la familia y el mundo social del paciente (p. 46):

*[Situación pedagógica 1]<sup>85</sup> “Ingresa al espacio terapéutico el enfermero Jordi a eso de la 14:45h, procede a recibir el parte de enfermería de los pacientes que estarán bajo su responsabilidad. Irene se acerca rápidamente al carro de medicamentos de Jordi, lugar donde él y la enfermera de la mañana comentan el parte, la estudiante se ubica junto a él, cada uno con una hoja de papel para el registro del parte. La enfermera de la mañana comenta la evolución clínica de las cuatro personas hospitalizadas en las camas 16, 17, 18.1 y 18.2 [cada enfermero/a en esta unidad tiene a su cargo 4 pacientes]. Tanto Jordi como Irene registran en la hoja del parte: la evolución clínica, el diagnóstico médico, los drenajes y/o medios invasivos que porta el paciente, los cuidados de enfermería más importantes a tener en cuenta y los líquidos endovenosos que se infunden. Como los pacientes eran ya conocidos por el enfermero, el parte [informe] se centra más en aquellos aspectos puntuales o cambios en la evolución clínica de los pacientes. A excepción de un paciente que ingresó en la mañana en la cama 18,2, un hombre llamado Pepe, ya conocido en la unidad por hospitalizaciones previas, tiene un diagnóstico médico de Neoplasia de Colón y Neoplasia infiltrativa de vejiga portador de una colostomía húmeda. Comentaron sobre aspectos físicos y emocionales de este paciente.*

*Luego de recibir el parte Jordi explica más ampliamente a Irene la situación y evolución clínica del Sr. Pepe, quien además presenta una trombosis venosa en el brazo izquierdo —razón por la cual le indica que la toma de tensión arterial se ha de hacer en el brazo derecho—, y episodios de ansiedad y de agitación. Está tratado farmacológicamente con opioides —morfina y Fentanyl<sup>®</sup>—, como analgesia para el dolor, medicamentos que el paciente demanda continuamente, lo que le ha generado un cuadro de tolerancia y dependencia a los opiáceos. El enfermero le señala que es un paciente que demanda bastante atención de enfermería, le enfatiza la importancia de la comunicación con este paciente para negociar con él y con su familia la administración de estos medicamentos, y la importancia de gestionar —negociar—, y de hablar/explicar lo anterior con la familia. A continuación el enfermero le explica a Irene sobre los cuidados en la administración de la morfina y el riesgo de tolerancia a este medicamento. (...)” (O3 PA, Est Irene, 3:31)*

Seguidamente el enfermero va dando otras piezas de información relevantes de la situación clínica del paciente a la estudiante, que con la atención y escucha activa que mantiene durante este momento de contextualización logra hacerse la foto del paciente e imaginárselo. En una descripción cefalocaudal Jordi presenta los medios invasivos que porta el Sr. Pepe, centra su atención en el sangrado quirúrgico a nivel abdominal que presentó el paciente, motivo por el cual

---

<sup>85</sup> Remito al lector al Anexo 12 Situaciones pedagógicas, donde encontrara la Situación pedagógica N° 1 en su totalidad. Cabe aclarar que cada situación pedagógica observada se encuentra enumerada por orden de aparición en el apartado de resultados.

da la indicación a la estudiante de vigilar el drenaje de la sonda nasogástrica, es decir, que le aporta el razonamiento, el porqué se ha de vigilar dicho drenaje y qué se ha de valorar. Centra la atención en los cuidados de enfermería que se han de tener en cuenta para esta persona (como la movilización y la eliminación) acompañándolos con el razonamiento de los mismos. Profundiza en aquellos medios invasivos que la estudiante desconoce, como la colostomía húmeda:

*“(...) Posteriormente le explica los medios invasivos que porta el paciente, comienza por los cuidados con la sonda nasogástrica, comenta que es un paciente que fue llevado a un lavado quirúrgico y que sangró mucho, por tal motivo es muy importante vigilar el drenaje por sonda nasogástrica, las características del drenaje, si es sanguinolento o no. La estudiante está junto al enfermero, atenta a lo que el enfermero le explica. Jordi comenta a la estudiante sobre la movilización de este paciente, y los cuidados que se han de tener en cuenta al ser un paciente con una herida quirúrgica de laparotomía media y que requiere de faja abdominal. Luego explica a la estudiante que aquel hombre no requiere de lavados por sonda vesical, debido a que este paciente es portador de una colostomía húmeda, la cual porta a nivel abdominal. El enfermero hace una explicación de la colostomía húmeda (derivación de la orina al colón) y el drenaje que recolecta tanto diuresis como heces. (...)” (O3 PA, Est Irene, 3:31)*

El enfermero además revisa el tratamiento farmacológico del sr. Pepe junto con la estudiante, quien mantiene una disposición de observación y escucha. En esta revisión Jordi le ofrece los razonamientos (la indicación médica) del porqué del tratamiento farmacológico prescrito de manera particular a la situación clínica del paciente. Focaliza nuevamente su atención en los opioides, haciendo énfasis en el riesgo de tolerancia a éstos en este paciente. Jordi ofrece una revisión acorde a la singularidad y particularidad de experiencia de enfermedad del Sr. y enfatiza lo esencial en el cuidado para esta persona y su familia en particular:

*“(...) Cerca de las 15 h revisan el tratamiento médico del Sr. Pepe en el programa informático, el enfermero va repasando cada medicamento y explica a la estudiante su indicación para el Sr. Pepe, como el ondasetron, plasil<sup>®</sup>, captopril, morfina. Vuelve a hacer énfasis en este último medicamento, comenta que se emplea para el dolor pero que la administración de este medicamento en este paciente hay que hacerla con cuidado y negociarlo con el paciente porque además se le está administrando otro medicamento opioide, como es el Fentanyl<sup>®</sup> en parche subcutáneo con cambio cada 48 horas, lo que incrementa el riesgo de tolerancia a los opioides. Adicionalmente le*

*señala a la estudiante que el paciente tiene el cambio del parche subcutáneo hoy. Continúa explicando los otros medicamentos como la tinzaparina, administrada en este paciente por la trombosis venosa del brazo izquierdo; La furosemida para forzar la diuresis; la buscapina compuesta, le explica que esta buscapina<sup>®</sup> que contiene además el Nolotil<sup>®</sup> y que se emplea para controlar dolores como cólico. [Durante la explicación del tratamiento farmacológico del paciente el enfermero señala a la estudiante el por qué y el para qué de dicho tratamiento acorde a la situación clínica del paciente.] (...)" (O3 PA, Est Irene, 3:31)*

Nótese aquí, cómo el ver el paciente, hacer conjeturas, plantear posibles complicaciones, leer el tratamiento farmacológico e interrelacionarlo con el cuadro clínico y hacer juicios respecto a las necesidades emocionales y comunicativas con el familiar y el paciente, ayuda a enriquecer la imaginación y el razonamiento clínico de la estudiante. Imaginación clínica requerida para comprender la naturaleza de las necesidades del paciente, las cuales son cambiantes, acordes a su evolución clínica en el tiempo (Benner et al., 2010: 85):

*"Una vez finalizada la explicación de la situación global del paciente, el enfermero le pregunta [y a la vez le sonrío] '¿bueno y ahora qué hemos de hacer?' Seguidamente él continúa "bueno vamos a tomar los signos vitales, toma, ve tú, llévate el tensiómetro y vas a tomar signos vitales y después haremos los cambios de protocolo." (O3 PA, Est Irene, 3:31)*

El enfermero plantea una pregunta en el contexto del *hacer* de la estudiante que la invita a establecer prioridades y planificación en los cuidados, una pregunta en voz alta que él rápidamente se responde. De acuerdo con Schön (1992) el/la tutor/a debe hablar al y a la estudiante mientras se encuentra afanado/a en medio de su tarea (y, quizás, atascado en ella), o cuando está a punto de empezar una nueva. Por otro lado, la estudiante está en un momento inicial de su práctica clínica, por lo tanto, necesita que el enfermero le dé instrucciones específicas.

Al preguntar al enfermero respecto a la contextualización realizada en esta situación y su intencionalidad (pedagógica) afirma que busca, por un lado, mostrar a la estudiante el carácter

complejo y dinámico de la situación clínica que exigía una planificación de cuidados cambiantes, por tanto, la estudiante se encontraba con una situación cambiante:

*“Jordi: Sí, recuerdo que era un perfil complicado de manejo de paciente, no sólo por las curas que requería, por su cirugía sino por todo lo que conllevaba el saber que este paciente, pues era paliativo de alguna manera, que había generado una tolerancia, una dependencia a los opiáceos por toda la analgesia que se le había ido administrando secundaria al dolor que había padecido y las crisis de ansiedad que él sufría. Luego también había un difícil manejo familiar porque realmente la familia estaba desbordada por la situación, estaba avergonzada por la situación que nos hacía pasar a nosotros el paciente porque realmente el comportamiento de él era muy difícil y, bueno, pues, el tratamiento médico estaba en fase de ajuste, el paciente durante ese periodo lo estaba pasando mal y era, pues, **todo ese contexto de paciente complicado lo que yo intentaba exponerle a Irene, que no podíamos plantear una planificación de cuidados rígida porque cada momento era cambiante.** Habían momentos en que el paciente tenía estados de ansiedad brutal, teníamos que abordarlo de una manera X y había momentos en que el paciente estaba totalmente consciente, orientado totalmente tranquilo, la familia estaba bien y, bueno pues, la dinámica había que cambiarla, entonces podíamos **plantearlo como una situación muy, muy cambiante, muy dinámica y que te hacía extraviar tanto de momento, planificar y priorizar de forma diferente.** Tú podías priorizar la tarde de una manera o planificarte la tarde de una manera y el señor Pepe te la hacía cambiar de otra manera totalmente en función de su situación, en función de lo que él precisaba, en función de las exigencias familiares y, bueno, era una situación un tanto compleja, (...)” (E, Enf Jordi, 4:3)*

Y por otro lado, hacerle notar la incertidumbre y dinamismo de la propia práctica enfermera:

*“Nelly: ... ¿qué buscabas con esta contextualización?”*

*Jordi: **Mi intención era que ella fuera consciente de que te podías encontrar con sorpresas todos los días y que no todo es blanco o es negro y que realmente nunca vas a tener la situación controlada siempre al cien por cien, si no que todo te obliga a estar siempre en dinamismo contigo mismo, y priorizar y volver a priorizar y ahora lo tengo controlado y ahora de repente no.** Y, bueno, lo bonito un poco es esto, que tú aunque estés trabajando 10 o 15 años, pues, encontrarte con esa chispa, de no encontrar una meseta en tu profesión, o en una gráfica encontrarte en una llanura de decir: ‘bueno, estoy estable y totalmente controlado al cien por cien y sé lo que voy a hacer en todo momento, no voy a encontrar sorpresas’. No, el decir, bueno, ‘y ahora qué hago y tengo que cambiar todo lo que haya planificado y vamos allá y familia y paciente y venga y, se arranca la bolsa vamos allá y qué hacemos para hacer que este señor no se arranque la bolsa’. **Situaciones cambiantes que hasta ahora, pues, en ese momento, Irene no se había encontrado,** porque eran pacientes conscientes, orientados, semiestables, (...) **es una situación muy cambiante en poco tiempo, y era una situación nueva con la que se encontraba ella, pero bueno, se adaptó muy bien.**” (E, Enf Jordi, 4:3)*

Similar a los hallazgos de Benner et al. (2010), quienes observaron que las educadoras clínicas emplean pedagogías de contextualización. La contextualización se orienta hacia la unicidad del paciente, hacia su propia singularidad, subrayando la información relevante en torno su contexto (con sensibilidad a la experiencia y preocupaciones de éste), al desarrollo de las habilidades clínicas (atendiendo al cómo se realiza la tarea, siempre relacionada y contextualizada) y evitando la sobre-generalización o etiquetamiento de los pacientes.

#### **6.4.1.2 Desarrollo del raciocinio y juicio clínico y planificación de cuidados.**

El momento del parte es una oportunidad para fomentar el pensamiento reflexivo y el desarrollo del razonamiento y juicio clínico del o de la estudiante. En la siguiente observación se puede evidenciar cómo la relación de confianza que se va construyendo entre estudiante y enfermero permite un ambiente relajado y de diálogo espontáneo. Además, el enfermero se preocupa porque la estudiante conozca la evolución clínica y los cuidados de enfermería de los pacientes que tendrá a su cargo. Le entrega el parte a la estudiante:

*[Situación educativa 2]<sup>86</sup> “17:30 h Irene se ubica con el enfermero Jordi, al ingresar al espacio terapéutico tras la sesión de seminario [seminario que tienen las estudiantes de 15 h a 17 h en la escuela de enfermería], el enfermero le saluda y le entrega el parte de las personas hospitalizadas que tiene asignada. La estudiante Irene coge una hoja de papel y allí empieza a registrar las anotaciones de sus pacientes, el enfermero Jordi empieza por la habitación 16, allí se encuentra el sr. Felipe [hospitalizado desde la semana anterior] cuyo diagnóstico es una cirrosis hepática más ascitis, a quien le han realizado una paracentesis el día de ayer.*

***Irene: “¿Cuándo le hicieron la paracentesis?”***

*Jordi: 'Ayer, tareas por hacer (control de glicemia en la noche, sedestación en cama y lavados por sonda gástrica)', continúa con la persona de la habitación 17: 'la Sra. Marina continúa con dieta fácil, de fácil digestión y de fácil masticación'*

*Irene: “Ya le he visto”.*

*Jordi: “La herida quirúrgica continúa tapada, se le está haciendo curación con la gasa de Aquacel<sup>®</sup> que es una hidrofibra, una gasa absorbente de exudado”.*

***Irene: “¿Cómo has dicho que se llama?”***

*Jordi: “Aquacel<sup>®</sup> y también lleva un apósito de plata que contiene antibiótico, entonces se le está colocando mucha gasa y se le puso una sonda Foley a la herida quirúrgica*

---

<sup>86</sup> Remito al lector al Anexo 12. Situaciones pedagógicas observadas en la práctica clínica. Donde encontrará la Situación pedagógica N° 2 en su totalidad.

*que está conectada a aspirador para el drenaje y alrededor de la sonda Foley una bolsa colectora'. (...)" (O4 PA, Est Irene, 3:45)*

El enfermero delega tareas a la estudiante, propiciando así su práctica autónoma:

*"(...) Tareas y cuidados para esta paciente: Control de glicemia y sentarla en sillón, también se le bajó la suero terapia a 11ml. por hora ¿Cuánto le pasa al día?"*

*Irene: "250cc".*

*Jordi: "Muy bien, y a esta paciente también hay que retirar sonda vesical, la harás tu".*

*Irene: "Sí, antes ya la he visto que tiene poca cantidad [de diuresis] y el volumen es claro". (O4 PA, Est Irene, 3:45)*

Como mencioné anteriormente el momento del parte es una oportunidad para fomentar el pensamiento reflexivo y el desarrollo del razonamiento y juicio clínico del y de la estudiante. El enfermero a través del diálogo reflexivo y la interrogación didáctica<sup>87</sup> estimula a mostrar las hipótesis de comprensión<sup>88</sup> y significados que los/as estudiantes van construyendo durante su práctica clínica, a desarrollar razonamientos clínicos importantes para la comprensión del cuadro clínico del paciente y a interrelacionar los cuidados de enfermería con la fisiopatología de éste.

De acuerdo con Benner et al. (2010), desarrollar una razón es necesario para que los estudiantes sepan lo que están haciendo, y así evitar acciones automáticas o el volverse automático. Afirman que la insistencia de los educadores clínicos en pedir a los/as estudiantes que verbalicen las razones de sus acciones clínicas es un importante paso en la internalización de este tipo de pensamiento para la práctica.

---

<sup>87</sup> Para Medina et al. (2006) un modo para guiar al/a la estudiante, a través de la pregunta, hacia unos objetivos de aprendizaje concretos, es mediante la interrogación didáctica. Estas *conversaciones socráticas* se manifiestan cuando la dirección del aprendizaje se desarrolla mediante el encadenamiento de interrogaciones y respuestas, gracias al cual el pensamiento del/de la estudiante es guiado/a hacia el descubrimiento de las ideas y/o procedimientos que el docente desea mostrarle. En este tipo de conversaciones, se puede recurrir a una multiplicidad de preguntas y a la emisión de orientaciones que, a modo de pistas, ayuden al alumnado a construir nuevos conocimientos. Cuando estos diálogos funcionan bien, el/la estudiante reflexiona acerca de lo que oye decir al docente y reflexiona sobre el conocimiento tácito que él/ella ha construido acerca de la idea o tópico que se esté abordando. Y el profesor, a su vez, se pregunta mientras dirige la conversación por aquello que el alumno revela y manifiesta en cuanto a conocimientos, disposiciones o dificultades y busca y piensa en aquellas preguntas que pudieran ayudarle mejor a orientar su pensamiento hacia el aprendizaje deseado.

<sup>88</sup> Para Medina et al. (2006) las preguntas reflexivas (¿Qué significa?, ¿Por qué afirmas eso?, ¿Qué te lleva a esa idea?) son cuestiones, cuyas respuestas requieren de una construcción reflexiva pero tácita por parte del alumnado. Suscitán la inquietud cognoscitiva y el esfuerzo intelectual del alumnado y se orientan, en gran medida, al análisis y expresión del propio pensamiento en torno al contenido. Las diversas respuestas que pueda ofrecer el/la estudiante deben ser entendidas como sus "**hipótesis de comprensión**". Estas hipótesis muestran al profesorado **la forma en que el alumnado está tratando de asignar un significado al contenido** (a partir de los conocimientos previos que ya posee) para hacerlo comprensible. Estas ideas elaboradas por el alumnado podrían ser consideradas **la "materia prima" con la que trabaja el profesorado.**

En el siguiente fragmento se evidencia cómo el enfermero Jordi estimula a la estudiante a desarrollar su razonamiento clínico, a través de un diálogo reflexivo, emplea *la pregunta retórica*<sup>89</sup> y *las serie de preguntas*<sup>90</sup> como estrategias de indagación. El enfermero comienza planteándole el diagnóstico clínico del paciente y los motivos por los cuales no ha sido intervenido quirúrgicamente. La estudiante mantiene un estado de atención operativa, es decir, una disposición para trasladar lo que escucha a la acción (Schön, 1992: 101), lo que le permite preguntar de manera situada por aquello que desconoce o que le resuena de la situación clínica del paciente, en este caso los motivos por los que no ha sido intervenido el paciente y la fisiopatología:

*"(...) Continúan con el paciente de la habitación 18.1, es un señor que proviene de la unidad de cuidado intensivo con un diagnóstico de colangitis y secundaria a la colangitis un shock séptico, un neo de páncreas sin operar.*

*Jordi: '¿Por qué este paciente está sin operar? [Pregunta retórica] Según como esté, examinan a nivel proteico y hacen otras pruebas antes de operar.'*

*Irene: "¿Y en este caso?"*

*Jordi: "Se ha puesto pachucho, por eso no lo han operado."*

*Irene: "¿Y la colangitis qué es?"*

*Jordi: "¿Es una inflamación del qué?, ¿qué hay cerca del páncreas? ¿Qué es un colangiocarcinoma? [Serie de preguntas] [La estudiante no responde, le observa] Te voy a enseñar unas imágenes [abre la página web de google]". (O4 PA, Est Irene, 3:45)*

El enfermero emplea una *serie de preguntas*, es probable que al ser realizadas una tras otra, no dé tiempo suficiente para que la estudiante reflexione sobre cada uno de los interrogantes, lo que puede desencadenar en un desvío de la atención o en un momento de duda. El enfermero observa que hay un vacío en la comprensión de la estudiante sobre la fisiopatología, así que emplea como estrategia didáctica imágenes visuales del google para hacer una revisión de anatomofisiología sobre el páncreas y los conductos biliares. Esto le permite "recrear la

---

<sup>89</sup> "La pregunta retórica es la que se formula sin intención de obtener respuesta por parte de los alumnos, integran la respuesta en su discurso como si se tratara de un elemento semántico más, dirigido a explicitar el significado de lo que trataba de explicar." (Rodríguez, 2012: 152)

<sup>90</sup> "Preguntas reflexivas que suelen tener relación, o suelen ser formas distintas de preguntar un mismo aspecto del cuidado. Suelen ser intentos del tutor de ayudar al estudiante en la comprensión de la pregunta que se está realizando." (Rodríguez, 2012: 356)

situación de la práctica de forma que se presente más real y accesible para el estudiante" (Rodríguez, 2012: 329) y facilitar la interrelación en la estudiante de los contenidos anatomofisiológicos y la fisiopatología del paciente, en este caso, con la colangitis:

*"(...) El enfermero abre en el ordenador la página web de google y busca imágenes sobre los conductos biliares y el páncreas y señala la anatomofisiología de los conductos biliares a la estudiante y dice: 'Los conductos biliares salen del páncreas ¿y qué salen por estos conductos biliares? [Pregunta retórica] La bilis en este caso en la colangitis hay una obstrucción.'*

*Irene: "Obstrucción de los conductos biliares". (O4 PA, Est Irene, 3:45)*

Además el enfermero estimula a la estudiante a descubrir las causas de que ese paciente tenga una dieta diabética. La respuesta de la estudiante evidencia su nivel de atención operativa, la interrelación de la información que el enfermero le suministra con la situación clínica del paciente y que le ayuda por tanto a la formulación de juicios clínicos:

*"Irene: "Obstrucción de los conductos biliares".*

*Jordi: "Y cómo lo tenemos, dieta diabética ¿Por qué?"*

*Irene: 'Si, dieta diabética porque tiene un neo de páncreas.'*

*Jordi: [con su movimiento corporal, su mirada puesta en ella y su cabeza asintiendo, le expresa] 'Ese razonamiento era el que yo quería que hicieras (...)'" (O4 PA, Est Irene, 3:45)*

La expresión del enfermero "ese razonamiento era el que yo quería que hicieras" es una frase cargada de mucho significado y expresión no verbal. Es lo que Schön (1992) llama una reflexión en la acción recíproca, que muestra la comprensión y los significados que la estudiante ha construido de la situación clínica al descifrar las descripciones del tutor, en este sentido la estudiante reflexiona en la acción, revelando así lo que ha "sacado en limpio de lo que ha oído o visto". Además, el tutor trata sus nuevas comprensiones con frases cargadas de significados del tipo «esto es lo que yo quiero que expases» o «esto es lo que en realidad yo quería decir», y replica a sus interpretaciones con nuevas demostraciones o verbalizaciones que, a su vez, el estudiante puede volver a descifrar y traducir en una nueva forma de ejecutar.



Una vez que el enfermero ha situado a la estudiante en la fisiopatología del paciente, verbaliza los razonamientos por los que éste lleva un drenaje biliar y los signos y síntomas que evidencian la obstrucción de los conductos biliares, como es el aumento de la bilirrubina:

*“Jordi: (...) y ¿qué lleva? Un drenaje ¿por qué? porque el paciente tiene comprometidas sus vías biliares ¿qué les pasa? Que se ponen amarillos, se sube la bilirrubina. (...) “si tiene la bilirrubina alta ¿qué le pasa? hay una ictericia obstructiva ¿y cuáles son los síntomas? Se ponen amarillos, priurito y él tiene un drenaje biliar externo porque no puede drenar por los conductos biliares porque están obstruidos.” [Aquí el enfermero emplea la estrategia de las preguntas retóricas] (O4 PA, Est Irene, 3:45)*

El enfermero verbaliza la información que considera necesaria para la comprensión de la situación clínica, como es el drenaje biliar externo que lleva aquel paciente debido a la obstrucción de los conductos biliares. La estudiante repasa y busca la información en aquello que ella ha visto u oído sobre aquel drenaje y le muestra al enfermero su interpretación a modo de pregunta. De este modo la estudiante **descifra** lo que el enfermero le pretende mostrar y elabora así sus hipótesis de comprensión. Por ejemplo le pregunta por el tipo de drenaje “¿es un pigtail? ¿Es externo?”, el enfermero le da una pista para que se cuestione si el drenaje es interno o es externo “Va a vías biliares”, la estudiante responde que el drenaje es externo, su hipótesis de comprensión lleva al enfermero a la clarificación del tipo de drenaje que se emplea para la vía biliar y para esta situación particular. Aquí el enfermero trabaja con la hipótesis de comprensión de la estudiante empleando como estrategia **la empatía didáctica**<sup>91</sup>, en lugar de emplear un tono normativo, de juicio o de interrogatorio, le responde clarificando la hipótesis de comprensión de la estudiante. El enfermero continua manteniendo su atención, planteándole otra pregunta sobre el lavado del drenaje, si éste se ha o no de recuperar. La estudiante **descifra** nuevamente la información que él le ha dado, como el hecho de que el drenaje biliar es tanto interno como

---

<sup>91</sup> Para Medina et al (2006) la empatía didáctica, denominada también interpretación didáctica, hace referencia a aquellas interpretaciones que el docente hace de las "hipótesis" de comprensión", de las preconcepciones que el alumnado tiene de la materia y del propio contenido. Se fundamentan en su conocimiento de las creencias del estudiante acerca del contenido. Implican además la capacidad de ponerse en el lugar del estudiante para lograr identificar posibles dificultades de aprendizaje y los mejores modos de transmitir el contenido.

externo, **interrelaciona** este dato con aquello que ella ha observado y escuchado previamente respecto al lavado de este tipo de drenaje interno-externo:

*“(...) Irene: “¿es un pigtail? ¿Es externo?”*

*Jordi: “Va a vías biliares”*

*Irene: “es externo” [la estudiante duda]*

*Jordi: “Entra a vías biliares, es interno y externo, ¿se tiene que hacer lavado?”*

*Irene: “El lavado es sin recuperar”.*

*Jordi: “Muy bien, y también hay que tomarle una PVC y sentarlo como es un paciente que tiene pancreatitis hay que valorar los volúmenes y por tanto medir la PVC”*

*Irene: “El lavado es de 10cc sin recuperar”.*

*Jordi: “Sí, el lavado 10cc sin recuperar **por lo que tú ya sabes**”. (O4 PA, Est Irene, 3:45)*

Aquí el enfermero confía en el saber de la estudiante, que está dado por la hipótesis de comprensión que verbaliza sobre la cantidad para el lavado del catéter. En otro momento previo de la práctica clínica se le explicó los lavados del catéter pigtail (cuando recuperar y cuando no), por tanto el enfermero no necesita plantear más preguntas porque confía en los conocimientos y capacidades de la estudiante.

Esta situación evidencia una práctica pedagógica reflexiva en el interior de la práctica clínica de la estudiante, ha sido un proceso que comienza desde una explicación de la fisiología, la fisiopatología, los signos y síntomas, la dieta, los medios invasivos que precisa —como el drenaje pigtail y el tipo de drenaje (interno-externo)—, hasta llegar a los cuidados de enfermería de este tipo de drenaje con los respectivos razonamientos del por qué se ha o no de lavar sin recuperar. Tal como lo ratifica Benner et al. (2010), para las/os estudiantes desarrollar y comprender las razones de lo que están haciendo evita un hacer automático.

El momento del parte finaliza con la co-participación de la estudiante en la priorización de las actividades de cuidado, donde se evidencia un tránsito entre el delegar tareas/actividades de cuidado a la toma de decisiones de la estudiante respecto al priorizar actividades, tema que abordaré más adelante:

*“(…) Una vez que el enfermero Jordi ha entregado a la estudiante el parte de los pacientes con las actividades de cuidado a realizar durante el turno. Jordi le dice a la estudiante: “Bueno, a ver, vas a priorizar ¿Qué hacemos primero? Te propongo que vayamos al 16, [La estudiante Irene lee su parte] luego ya tu priorizas que vas a hacer primero y me lo dices”. [Le deja un espacio de tiempo para que la estudiante decida sobre esa priorización de actividades]. La estudiante se dirige a la habitación 16 donde el sr. Fabio para realizar el lavado de la sonda gástrica, en el trayecto le pregunto '¿en qué momento has visto a los pacientes?'. Irene me responde 'en la hora de 14 a 15 h antes del seminario, les tomé los signos vitales y allí ya les vi'. [Hora en la que la estudiante se encuentra sin el enfermero de referencia]” (O4 PA, Est Irene, 3:45)*

La estudiante durante la recepción del parte en varias oportunidades ha manifestado al enfermero que ya ha visto a los pacientes, y ha valorado las constantes vitales de los mismos y sus drenajes, lo que quizá le facilita a ella hacerse la foto del paciente, comprender mejor el cuadro clínico de éste e interrelacionar los cuidados de enfermería respectivos. Lo anterior me lleva a pensar en esa motivación de la estudiante que mantiene durante su práctica clínica para indagar, hacerse partícipe del cuidado de manera autónoma y asumir responsabilidades como el pasar visita y tomar los signos vitales a los pacientes en la primera hora de su práctica clínica (en la que está sin la tutoría del enfermero de referencia).

#### ***6.4.1.3 Entregar el parte a el/la enfermero/a: estrategia didáctica.***

Hacer copartícipe a la estudiante, que sea ella quien reciba y posteriormente realice la entrega del parte al o a la enfermero/a, es una estrategia que le permite darse cuenta de aquella información que es relevante sobre la condición del paciente y de aquella que no tuvo en cuenta preguntar al recibir el parte, así como percatarse de que puede preguntar y pedir más información sobre la condición clínica del paciente. De igual manera, esta estrategia didáctica favorece el desarrollo de su imaginación clínica *“puedes preguntar o ir más allá porque a lo mejor te dejas cosas,”*, la visualización del paciente *“ves a la persona mentalmente”*, y el desarrollo de una actividad mental ‘autoestructurante’ en la estudiante (Bárcena, 1994) *“vas a empezar de arriba*

pa' bajo". La experiencia vivida de Aura sobre el recibir y entregar el parte es una evidencia de lo anterior:

*"Aura: Como yo llegaba antes que él [enfermero], él entraba a las 3 yo entraba a las 2, y yo entraba con Bárbara, ya me ponía con ella. Yo entraba y 'que tal Bárbara', 'pues mira bien', siempre estaba poniendo la medicación y entonces yo me ponía con ella y me decía: 'mira, ponle esto a tal que hoy ha...' ella me decía..., a lo mejor no me pasaba el parte in situ en el momento, pero a lo mejor me decía: 'toma, ponle este paracetamol al tal, que bueno, que hoy ha presentado no sé qué no sé cuánto, y hoy ha pasado el médico', y bueno, me decía el mini-parte sólo para ponerle ese paracetamol, ya iba con una idea de ese paciente, aunque no lo conocías, ya lo conocías algo, y entonces después, **como yo le ayudaba**, adelantábamos bien la medicación, entonces ella me pasaba el parte, entonces ya los últimos días hacía que yo se lo pasara a Carles. [Nelly: Vale] y entonces, que eso va muy bien porque cuando yo se lo pasaba a Carles, él me preguntaba más cosas de lo que me habían transmitido a mí en el parte, entonces, **te hacía ver que cuando a ti te pasan el parte también puedes preguntar, puedes preguntar o ir más allá porque a lo mejor te dejas cosas**, entonces claro estaba Bárbara delante y también cosas que no había dicho pues ella se las iba diciendo, **pero el hecho de transmitirle el parte a una persona, pues va bien, porque tú también te haces, ves a la persona mentalmente y vas a empezar de arriba pa' bajo, digamos y le cuentas todo (...)**" (E, Est Aura, 2:30)*

En la primera parte del relato puede apreciarse cómo la estudiante establece una relación de ayuda y de confianza con la enfermera del turno de la mañana, quien además de indicarle la administración de medicamentos, le informa sobre la condición del paciente en un mini-parte; es decir, que tenía en cuenta a la estudiante como persona y no la instrumentaliza dándole simplemente instrucciones, también puede observarse que esta relación fomenta una práctica autónoma en la estudiante, tanto en la administración de medicamentos como en la entrega del parte al enfermero del turno de la tarde.

Aura continúa la narración dejando entrever ese diálogo vivo que fluye espontánea y auténticamente entre la estudiante y el enfermero, diálogo esencial para desarrollar *colaborativamente* una priorización, planificación de actividades de cuidado y organización del turno acorde a la dinámica de la unidad y a la organización con el personal de enfermería de la misma:

"(...) entonces hablábamos (estudiante y enfermero) y nos sentábamos a organizar, 'qué hacemos primero, hacemos la higiene, hacemos la cura y ya de paso hacemos la nutrición de esta persona', 'vale, bien', pues íbamos, también venía la auxiliar o entre los dos ya lo hacíamos y, bueno, compartíamos, entre nosotros dialogábamos, '¿qué hacemos?, ¿te parece bien?', 'pues mira, si quieres yo mientras voy preparando los sueros' 'y yo me encargo de no sé qué o voy a ayudar', también cuando adelantábamos nuestra faena siempre decíamos 'os ayudamos en algo' a los otros compañeros, que a lo mejor estaban solos (...)" (E, Est Aura, 2:30)

En su relato se evidencia ese hacer copártcipe a la estudiante en la toma de decisiones en el momento de planificar los cuidados de enfermería y organización de la jornada, favoreciendo una práctica autónoma, sin perder de vista la gestión con el personal y el trabajo en equipo.

#### **6.4.2 Entrar en la habitación del otro/a.**

Entrar en la habitación del otro/a, de la persona hospitalizada, es el escenario donde la cooperación y actuación entre estudiante y enfermera/o alcanzan un doble fin. Por un lado, cuidar de manera competente (holística) a aquella persona; por otro, tratar con respeto las necesidades del y de la estudiante al encontrarse delante del paciente. Necesidades que pueden ser de tipo interrelacional, para establecer una relación terapéutica con el paciente; de conocimiento de la situación clínica del paciente, que le permitan comprender los razonamientos de su *hacer*; y/o, de habilidad clínica para realizar acciones de cuidado seguras para la persona hospitalizada. Tal como lo ilustra Sennett (2003) en su libro *El respeto*, en el escenario el cantante trata al pianista como a su igual, presta atención a las necesidades de los dedos del pianista, y no a su simpatía por él, el talento de ambos descansa en su capacidad para traducir manchas de tinta de Schubert en sonido y sentimiento, ambos hombres son unos intérpretes excepcionales que han *alcanzado* la reciprocidad, el respeto a sí mismos y el respeto mutuo.

Tratar con respeto la necesidad percibida en el otro cuando se actúa con él implica tomarse en serio la necesidad del otro/a —llámese estudiante, paciente, e incluso, enfermera/o—, en este

caso reconocimiento al o a la estudiante como persona en sus capacidades, habilidades y desarrollos y reciprocidad. Enfermera y estudiante se transforman en sujetos del proceso en el que crecen juntos, mediatizados por el mundo, en palabra de Freire (1997b). Para converger finalmente en un cuidar de manera competente al otro/a. ¿Cómo lograr que el acto de cuidar al otro, en donde enfermera-estudiante y paciente interactúan, se parezca más a este concierto que menciona Sennett?, ¿En el que estudiante y persona hospitalizada se sientan cuidados, respetados y preservados? Parafraseando a Sennett (2003), hay una gran diferencia entre desear actuar bien con los demás [con el/la estudiante] y hacerlo realmente.

Para el/la estudiante emprender relaciones de cuidado (relaciones asistenciales) con las personas hospitalizadas comienza, en ocasiones, con pequeños gestos; como por ejemplo, el acto de *entrar en la habitación de la persona hospitalizada*, en aquel espacio íntimo del otro/a, es decir, se presenta ante él una experiencia nueva, un acontecimiento en el que se conjugan gestos como saludar, escuchar, estar presente para otro/a, abrir la posibilidad de un contacto interpersonal genuino, e incluso, sentir que el otro/a percibe estos gestos:

*"Entras allí (a la habitación) y dices: 'hola que tal', e igual la persona se suelta en algo e igual se desahogan. Como te comentaba la otra vez, la paciente aquella que tuve en urología que sangraba por la sonda, por el drenaje y que un día me lo comentó: 'tú no te das cuenta pero vosotras sólo con venir aquí y con escucharnos ya hacéis mucho, porque nosotros aquí a veces estamos a ratos solos y agobiados y sólo con poder hablar con alguien que te escuche ya hacéis mucho', cuando ellos te..., **lo valoras un montón y, pues, que te sientes valorada** (...) Yo no me imaginaba enfermería así, realmente, verdad, no pensaba ni que fuera así, ni que me fuese a aportar tanto [ruido] [Silencio]." (E; Est Rosa 2:70)*

*Entrar en la habitación* es un acto de la enfermería que implica un encuentro de dos o más individuos (estudiante, enfermera/o, paciente) que se reúnen con un propósito, asistir al otro (Paterson & Zderad, 1979). Un encuentro en el que cada uno va al otro como el ser humano singular que es, siguiendo a estas autoras. En el relato de Sonia puede apreciarse su sorpresa ante la experiencia al entrar a una habitación vestida de blanco y percatarse de que allí hay

alguien que espera algo de ella y que le necesita, esta experiencia la lleva a reflexionar sobre sí, sobre su hacer y decir delante del otro, sobre ese desplazarse hacia la experiencia del otro/a:

*“(…) yo creo que es el momento en el que tú te ves vestida de blanco, que entras a una habitación y una persona te mira con los ojos súper expectantes y espera algo de ti, cuando te das cuenta de que lo que hagas es muy importante, y lo que digas, entonces, yo el primer día de todos, hace un año que entré, me acuerdo, a una habitación, y solo de verme la familia se levantó y el paciente me preguntó: ‘Hola, no sé qué’, pues me di cuenta de que eso te saca lo mejor de ti porque te das cuenta que hay alguien que espera algo de ti, entonces se te olvida el ser, yo que sé, si tienes un mal día se te olvida, porque te das cuenta de que hay una persona que ahora mismo te necesita [Nelly: vale, hay alguien que te necesita]” (E; Est Sonia, 4:148)*

Sin embargo, esta sensibilidad hacia lo que implica y significa el acto de entrar en la habitación del otro, es absorbida en muchas ocasiones por la inmediatez y la falta de tiempo debida a la sobrecarga laboral de la profesión:

*“Muchas veces, y es triste la verdad, es que por falta de tiempo a veces entras a la habitación y como que ni siquiera le prestas atención, eso es como triste a veces, porque hay un paciente que te está llamando pero tú estás como pendiente de otra cosa entonces entras a la habitación y le preguntas: ‘¿Qué pasa, qué pasa?’, ¿sabes?, y te dice: ‘no, nada tal’, y te vas, entonces muchas veces no consigues entender cuánta es la necesidad, cuán grande, ¿no?, es la necesidad que te piden, pero en general sí que se puede alcanzar a entender y tú entras a un cuarto y le ves la cara a la persona y solamente con la expresión y la forma en la que te habla, ya puedes entender lo que te está pidiendo y [silencio] cuánto es lo que te pide, sí.” (E; Est Sonia, 4:149)*

En el relato de Rosa, el acto de entrar a la habitación del otro/a es hablar con desconocidos, presentarse, preguntarles, establecer una conversación, un diálogo vivo, y a la vez es superar y trascender sus propios aspectos personales:

*“Rosa: Sí, es que es eso, es como entrar cada día a una habitación que igual es gente que no conoces, y de golpe tener que hablar con ellos y tener que informarles, yo me acuerdo que me disgustaba mucho cuando me decían: ‘ves y hazle la entrevista’, y yo pensaba ‘¡madre mía! es que hablar delante de una persona que no conozco a preguntarle si fuma, si no fuma, si tiene hijos, si no tiene hijos, si tiene mujer, si le gusta leer o si le gusta no sé qué’, me parece, como que me da ansiedad, de qué va a pensar de mí, de que estoy aquí, que estoy cotilleando, y yo creo que poco a poco me ha aportado eso, seguridad en mí misma y vencer la timidez esta, y cada vez que entre a una habitación y decir: ‘hola que tal’ y presentarte y establecer una*

*conversación y todo eso, que me ha aportado mucho en eso, que me coge como seguridad, de entro yo y [ríe], y es que entras realmente y la gente ya te habla y te sueltas, que realmente al principio es hablar con desconocidos, que yo antes no me hubiese imaginado, y esa es la aportación que te dan las prácticas de enfermería, lo que te aporta, a mí me aportó, eso vencer la timidez, un poco ¡eh! [ríe]..” (E2, Est Rosa, 2:68)*

En el relato de Aura, entrar en la habitación del otro/a tan pronto inicia la jornada es un ritual de la enfermería, que consiste en visitar a los pacientes, pasar la ronda, saludar física o verbalmente y presenciarse, controlar sus signos vitales, hacer una valoración y evaluación del estado clínico del paciente, *‘está bien, va mejorando o éste va más justo’*, y un momento para situar al paciente en el tiempo. Pero además en su narración se desvelan como cualidades de su relación con el otro/a, su presencia *‘oye, que ya estoy aquí’*, el contenido afectivo y las respuestas de gratitud hacia el otro/a y hacia ella:

*“(...) hacíamos nuestra visitita a todos los pacientes a primera hora, cogíamos para tomarle la tensión y para mirarles la saturación, entonces íbamos habitación por habitación, mirábamos la tensión, les preguntábamos ‘qué tal, cómo ha ido’, estábamos un ratito con ellos, hablando ponle 5 minutos, mientras le tomas la tensión y hablas con él, y así con todos los pacientes, y así también te echabas un vistazo, ‘¿cómo está?’, te hacías una idea, porque qué pasa si vas a lo mejor hasta que no te llaman ellos, no vas a verlos, te puedes encontrar de todo, son pacientes que están en unos estados que a veces te pueden dar un susto de golpe, entonces ya echas un vistazo y dices ‘está bien, va mejorando o éste va más justo’. Iniciamos así la primera vuelta, **nada más entrar, mirar los pacientes, que yo creo es lo más importante, también para decirles ‘oye, que ya estoy aquí’**, (...) entonces el hecho de cambiar de turno, que ‘somos el turno de tarde, son las 15 h’, entonces los situabas un poquito más al paciente, también a lo mejor muchos tenían ganas de verte, ‘hombre, ya estás aquí’, un poquito de alegría, yo notaba mucho de pacientes que se han alegrado de verme, y se agradece, yo lo agradezco y por lo que veo ellos también lo agradecen.” (E, Est Aura, 2:33)*

#### **6.4.2.1 Exploración física de la persona hospitalizada: El decir y escuchar.**

La siguiente observación es una continuación de la situación pedagógica N° 1, en la que el enfermero ha contextualizado la situación clínica del Sr. Pepe a Irene. Constituye una evidencia de la enseñanza y aprendizaje de la valoración física del paciente en el interior de la habitación, en ella se puede apreciar los procesos constitutivos de diálogo entre estudiante y enfermero que



menciona Schön (1992): "el decir y escuchar". Respecto al "decir" del tutor, Schön afirma que sea lo que sea aquello que el tutor elija decir es importante que lo diga, en su mayor parte, en el contexto del *hacer* del alumno (p. 101). Irene mantiene una actitud de atención operativa (escucha y observa con atención) aquello que el enfermero le explica y muestra respecto a la valoración física y los medios invasivos del paciente:

*[Situación pedagógica 3] "(...) Ubicamos (Irene y yo) el carro de curaciones cerca del paciente, el sr. Pepe, que está en la cama 18,2, la que se ubica al fondo y que está más próxima a la ventana de la habitación. Entra el enfermero Jordi y se acerca a la cama del Sr. Pepe. Habla con el Sr. Pepe, quien se encuentra en un estado somnoliento, cuasi-letárgico, abre y cierra instantáneamente sus ojos y responde con un murmullo, su cabeza va y viene en su cama, mueve sus brazos continuamente y con un matiz de agitación en ocasiones, la familia no se encuentra en aquel momento. El enfermero comienza a explicarle a Irene, quien se encuentra junto a él y en un estado de escucha y observación atenta, sobre la valoración de los drenajes de este paciente, nos enseña el drenaje de la bolsa de la colostomía húmeda, le muestra a la estudiante las características del estoma 'rojo y sano', le muestra los puntos de fijación del estoma para que éste no se retraiga y se mantenga hacia afuera, las dos sondas que se alojan en los uréteres y que salen a la bolsa de la colostomía y por donde drena la diuresis. Le comenta también sobre las características de la bolsa de colostomía. Continúa con la explicación de la sonda vesical, enfatizando nuevamente que el Sr. Pepe tuvo una neo [cáncer] de colon y posteriormente hizo una neo infiltrativa de vejiga, por lo tanto la diuresis no drena por la vejiga, por tal motivo la diuresis es drenada a través de esta colostomía húmeda (...)" (O3 PA, Est Irene 3:35)*

Nótese como al momento de la valoración física, Jordi enfatiza delante del paciente en aquella información que él previamente ha suministrado en el momento del parte a Irene, es probable que sea una estrategia para subrayar aquella información relevante y esencial para el cuidado del enfermo y que la estudiante focalice su atención en estos aspectos e interrelacione dicha información con su observación clínica del paciente. A continuación se presenta otra evidencia de lo anterior, el enfermero previamente ha hecho énfasis a la estudiante respecto al sangrado quirúrgico que presentó el sr. Pepe, motivo por el cual centra su atención en la valoración del drenaje gástrico. El enfermero a través de un diálogo reflexivo empleando preguntas reflexivas

puras<sup>92</sup>, pregunta a la estudiante sobre las características del drenaje, y lleva a la estudiante a que ella elabore su propio razonamiento y juicio clínico respecto a si es preciso avisar y por qué:

*“(...) El enfermero e Irene se dirigen hacia la cabecera del paciente al costado izquierdo de la cama, observan el drenaje de la sonda nasogástrica [previamente en la entrega del parte el enfermero le comentó a Irene sobre el importante sangrado quirúrgico que tuvo el sr. Pepe en la intervención quirúrgica abdominal, por tal motivo hace énfasis en la valoración del drenaje gástrico, con la intención de valorar que dicho drenaje no sea hemático y que indique la persistencia del sangrado] y le pregunta a Irene:*

*Jordi: ¿Qué característica tiene el drenaje de la sonda nasogástrica?*

*Irene: 'es como color oscuro, como tipo marrón oscuro, lo que hay en el receptal'*

*Jordi: ¿Hay que avisar? [Pregunta reflexiva pura]*

*Irene: 'No en este momento no'*

*Jordi: 'y, bueno, bien ¿Por qué?' [Pregunta reflexiva pura]*

*Irene: 'porque es algo que ya pasó, que ya sangró y está café y ya pasó' (O3 PA, Est Irene, 3:36)*

Ese '¿hay que avisar?' ayuda a la estudiante a sumergirse en el interior de la situación e imaginar cómo actuaría, es análogo al tipo de pregunta '¿What-if?' (Benner et al., 2010) o '¿Y tú qué harías?' definido por Rodríguez (2012) como:

*"Planteamiento de situaciones problemáticas de cuestionamiento y de dilemas o conflictos de la práctica profesional, a través de situaciones reales o imaginarias, que requieran del análisis y juicio del alumnado. El tutor pretende que el estudiante dirija sus reflexiones hacia aspectos esenciales de la práctica." (Rodríguez, 2012: 230)*

Un diálogo reflexivo que evidencia el estado de atención operativa que la estudiante mantiene durante la acción y que le permite exponer sus hipótesis de comprensión y el razonamiento clínico que ella va construyendo.

El estar junto a la cama del paciente, le permite al enfermero además del dialogo reflexivo, **mostrar** a la estudiante aquello que él considera relevante para el cuidado del paciente,

---

<sup>92</sup> "preguntas del tutor que intentan provocar la reflexión del estudiante. Surgen de forma espontánea por iniciativa de la tutora y marcan el inicio del diálogo reflexivo o las conversaciones socráticas. Provocan en el estudiante momentos de reflexión en y sobre la acción." (Rodríguez, 2012: 354)

acercándola más a la situación empleando como estrategia una *serie de preguntas*. Se establece en sí una conversación en la que es evidente la reflexión en la acción recíproca:

*“(... ) Jordi: ‘y, bueno, bien ¿Por qué?’*

*Irene: ‘porque es algo que ya pasó, que ya sangró y esta café y ya pasó’*

*Jordi: ‘¿Y lo que hay aquí en el tubo del drenaje, qué color es?’ [Se refiere al tubo que conecta la sonda nasogástrica y que va hacia el receptal]*

*Irene: ‘Es un color marrón claro’*

*Jordi: ‘¿Y esto qué significa?’*

*Irene: ‘Marrón claro’, [se muestra dubitativa, y ella no termina la respuesta]*

*Jordi: ‘Que es líquido bilioso entre verde de marrón a verde es bilis’, [Juntos observan la cantidad de drenaje]*

*Jordi: ‘¿de qué horas es este drenaje?’ [Pregunta que hace referencia al protocolo de cambio de drenajes gástricos que se lleva en esta unidad]*

*Irene: ‘desde las once de la noche es el drenaje y ha drenado más o menos unos 200cc, o 300cc’*

*Jordi: ‘O sea que no es un drenaje moderado que llame la atención y haya que avisar’.” (O3 PA, Est Irene, 3:36)*

El tono mantenido en el diálogo reflexivo entre la estudiante y el enfermero se da en un marco de respeto, disposición, apertura y preocupación por el aprendizaje de la estudiante, tomándose así en serio su necesidad de aprendizaje. Por otro lado, el planteamiento de preguntas permite que la estudiante elabore su propio pensamiento y sus propios criterios y razonamientos clínicos. Contrario a lo que podría pensarse sobre el uso de esta serie de preguntas como un interrogatorio que puede ocasionar ansiedad y/o bloqueo en la estudiante, la relación de confianza que el enfermero y la estudiante han construido junto con la del paciente, permite que esta conversación reflexiva se desarrolle con naturalidad, sin tono normativo, ni coercitivo. De hecho, aquí hay otro elemento que Jordi comenta en su entrevista respecto al uso de la pregunta en el interior de la habitación, delante del paciente, y que hace que éste sea prudente y cuide al estudiante, al no ponerlo en evidencia ante el otro. El tutor confía en ella, ella confía en él, y esto hace que la estudiante perciba la pregunta del tutor como un elemento impulsador y motivador.

De hecho cuando la estudiante se torna dubitativa respecto al significado del drenaje tipo marrón claro, él da la respuesta, y no emplea ninguna frase normativa del tipo 'eso ya lo debéis saber' o 'eso lo tenéis que saber'.

#### **6.4.2.2 Enseñanza de habilidades clínicas: Demostrar e Imitar.**

Una vez concluida la exploración física, el enfermero continúa con la enseñanza de habilidades clínicas, en este caso la medición de la Presión venosa Central (PVC), que va más allá de un simple delegar o dar instrucciones respecto a cómo se ha de realizar la medición. El enfermero a través de un diálogo reflexivo con la estudiante revisa la anatomía y la fundamentación del por qué y para qué se realiza esta medición. Él emplea *preguntas reflexivas puras*, que luego va desgranando poco a poco empleando una *serie de preguntas*, de tal manera que la estudiante va presentando sus hipótesis de comprensión. Obsérvese también como la práctica de tutoría favorece una práctica autónoma de la estudiante al darle más responsabilidad e independencia en el desarrollo de la tarea, la estudiante aprende haciendo (Dewey, 1928). En este primer estadio de la práctica clínica de la estudiante, el enfermero acompaña junto a la cama del paciente y orienta el *hacer* de la estudiante:

*"[...] Jordi le dice a Irene qué hay que medir la PVC del Sr. Pepe. Jordi: 'bueno la vas a medir tú '¿para qué se mide la presión venosa central?, ¿qué es la PVC?'*

*Irene: 'La presión venosa central.'*

*Jordi: '¿Qué mide la presión venosa central?'*

*Irene: 'Mide el volumen de sangre que hay en el cuerpo'*

*Jordi: '¿A dónde va ese volumen? ¿Se puede medir en una vena periférica?'* [Serie de preguntas]

*Irene: 'No.'*

*Jordi: '¿Por qué?, ¿dónde si se puede?'*

*Irene: 'en un catéter venoso central porque va a la aurícula derecha'*

*Jordi: '¿y a esta aurícula derecha qué vena llega?'*

*Irene: 'La vena cava.'*

*Jordi: "muy bien en anatomía." (O3 PA, Est Irene, 3:37)*

Aquí entra en juego la empatía didáctica que emplea el enfermero, cuando valora positivamente la respuesta de la estudiante (Rodríguez, 2012: 349).

El enfermero también emplea la estrategia de *preguntas indagadoras* (Rodríguez, 2012) que "suelen utilizarse para comprobar los conocimientos del estudiante sobre cualquier aspecto del cuidado" (p. 358), en este caso, sobre la altura en que debe estar el paciente para la medición de la PVC:

*"[...] Jordi: '¿A qué altura debe estar la regleta azul para la medición de la PVC?'  
Irene: 'A la línea axilar media.' (O3 PA, Est Irene, 3:37)*

Seguidamente el enfermero pone a la estudiante in situ en la medición de la PVC delante del paciente y dialoga con ella durante la acción, durante la enseñanza del procedimiento. Aquí se evidencia la reflexión en la acción recíproca de enfermero y estudiante:

*"[...] Jordi: 'De acuerdo y ¿qué has de hacer?', (...) [La estudiante realiza el procedimiento, el enfermero acompaña señalando los pasos en la medición de la PVC. Irene a medida que va escuchando ejecuta la acción, prestando atención al interior de su propia acción. En la medición de la PVC, se presenta un momento sorpresa (Schön, 1992), en el que el suero a infundir no baja por la vía que mide la PVC]*

*Irene: "no baja"*

*Jordi: ¿Por qué?*

*Revisan los trayectos de las vías de infusión del suero de la PVC, las conexiones del equipo de PVC al catéter central y revisan la orientación de las llaves de tres vías, observan que la llave de tres vías de la luz del catéter central que conecta con el equipo de la PVC se encuentra cerrada y esto no permitía el paso del líquido hacia la luz del catéter central del paciente. El enfermero le señala a Irene que se ha de girar y le dice: 'tú sigues las mangueras'.*

*Efectivamente la solución salina que está en la regleta del equipo de PVC comienza a descender hasta que el líquido oscila, indicando así el valor de la PVC." (O3 PA, Est Irene, 3:37)*

La estudiante se mantiene en un estado de atención operativa durante la realización del procedimiento, es decir, con una "disposición especial para trasladar lo que escucha a la acción" (Schön, 1992: 101). Esta escucha atenta le permitirá seguir el consejo del tutor y de realizar consultas más específicas, planteará preguntas para clarificar y descifrar la información que éste

le ha dado. Al encontrarse delante de una situación sorpresa<sup>93</sup> en el momento de ejecutar el procedimiento, ella reflexiona en la *acción presente*, en la que la acción de pensar sirve para reorganizar y **explorar** aquélla, e **indagar** como su conocimiento en la acción pudo haber contribuido a un resultado inesperado. La indagación que ella y el enfermero hacen en la situación, evidencia un proceso de reflexión en la acción recíproca, su pensamiento mira hacia el fenómeno que les sorprende “*revisan nuevamente los trayectos de las vías de infusión del suero, las conexiones del equipo de PVC al catéter central del paciente y la orientación de las llaves de tres vías*”. Después de dar con el problema, el enfermero transmite una instrucción críptica que sólo tienen sentido si el que las recibe posee ya un conocimiento de la situación. Polanyi (1967), citado por Benner (1987) denomina "máximas" a este tipo de instrucciones: ‘*tú sigues las mangueras*’. Para Schön (1992), cuando un estudiante cumplimenta una instrucción, revela los significados que ha construido para ella, indicando la manera en que puede haber llenado un vacío de especificidad, ambigüedad o extrañeza:

*Cada vez que se intenta dar una instrucción, se produce un experimento que está verificando tanto la reflexión del tutor acerca de su propio conocer en la acción cuanto su comprensión de las dificultades por las que pasa el estudiante. Cada vez que se intenta cumplimentar una instrucción se pone de manifiesto y se comprueba el grado de comprensión que el estudiante tiene de su significado y, en simultáneo, la calidad de la propia instrucción.” (Schön, 1992: 102-103)*

Lo anterior es una evidencia de cómo la estudiante va aprendiendo de manera experiencial y situada<sup>94</sup>. Un aprendizaje experiencial que de acuerdo con Dewey (2004) depende tanto de las condiciones ambientales, la práctica de tutoría y el contexto clínico, como de las condiciones internas de la estudiante.

Por otro lado, la relación pedagógica construida entre Irene y Jordi le permite a la estudiante plantear preguntas al enfermero para clarificar y/o descifrar la información que éste le ha dado:

---

<sup>93</sup> Schön (1992) denomina “*El factor sorpresa*” a aquella situación en la que se presenta un resultado inesperado, agradable o desagradable, que no corresponde a las categorías de nuestro conocimiento en la acción y que consigue llamar nuestra atención.

<sup>94</sup> Para Benner et al. (2010), el aprendizaje experiencial y/o aprendizaje situado es aquel aprendizaje del estudiante de enfermería desde la experiencia de cuidar pacientes.

*“[...] Irene observa en la regleta el valor de la PVC que oscila entre 10mmHg e Irene pregunta: '¿Por qué sube y baja?’  
Jordi: 'oscila por la misma respiración del paciente’.” (O3 PA, Est Irene, 3:37)*

Seguidamente el enfermero plantea otras preguntas en el interior de la situación que exigirá a la estudiante una apreciación más situada o afinada, y que ayudan a la estudiante a interiorizar más la acción y a que dirija la atención hacia otros aspectos de la situación:

*“[...] Jordi: '¿Los líquidos endovenosos del paciente le han estado pasando?’  
Irene: 'no, porque estaba midiendo la PVC y tenía cerrada la llave de tres vía de tal manera que no dejaba pasar los líquidos endovenosos’  
Jordi: ¿y la nutrición parenteral (NTP) estaba pasando mientras tomábamos la PVC?’  
Irene: 'sí’  
Jordi: 'muy bien, muy bien es un catéter bilumen, cerramos una vía para medir la PVC, pero la vía de la NTP no’.” (O3 PA, Est Irene, 3:37)*

De manera transversal en toda la situación puede constatar un ambiente idóneo para el fomento de la reflexión. Destaca asimismo, la empatía didáctica que emplea el enfermero al valorar positivamente las respuestas de la estudiante y el respeto que muestra en el “momento de desarrollo” de la estudiante cuando en ningún momento “juzga” sus conocimientos en sentido normativo. El enfermero practica un modelo de tutoría que lo convierte no sólo en alguien a quien se puede preguntar, sino sobre todo alguien ante quien preguntarse (Medina, 2005b). De acuerdo con Benner et al. (2010), el/la profesor/a clínico/a debe estar abierto/a a las posibilidades para enseñar en cada situación clínica particular lo impredecible y variable que podría ser; las profesoras buscan los momentos enseñables, subrayando lo que es saliente y lo que necesita inmediata atención, y ayudan a los estudiantes a integrar y a usar su conocimiento. Al preguntar al enfermero respecto a la situación anterior y su intencionalidad pedagógica:

*“Jordi: Bueno, busco un poco el volver a poner, el volver a motivar a la alumna in situ delante del paciente, pues, su respuesta, porque son momentos de presión relativo, tú previamente le has dado a ella la seguridad, la confianza de que, bueno, de que si falla una respuesta no va a pasar nada, entonces yo considero que delante del paciente se pueden hacer ciertas preguntas y ciertas respuestas. **Por supuesto ninguna pregunta de las que yo hice allí iba a poner en evidencia a la alumna en***

*ningún caso, sí que es cierto que el paciente en todo momento sabe que Irene, pues, viene a aprender y, realmente cuando la alumna tiene capacidad para hacer actividades sola o para hacer cualquier cosa sola y entra a la habitación, el paciente también ha hecho un ejercicio de confianza con ella porque lleva días viéndola y lleva días sabiendo cómo hacer las cosas, pero claro, por algo se empieza cuando te encuentras con un paciente nuevo, pues, entras, te presentas, presentas a Irene, le explicas a Irene in situ ese día los dispositivos que lleva, **haces una reflexión del por qué los lleva con preguntas abiertas para que ella exponga todo lo que ella sabe, (...)** y cuando hay algo que retocar de esas respuestas o de corregir, se intenta hacerlo fuera de la habitación para que el paciente no lo escuche, para no dejar en evidencia a la alumna ahí delante precisamente.” (E, Enf Jordi, 4:4)*

#### **6.4.2.3 Exploración física de la persona hospitalizada por parte de la estudiante.**

En la siguiente observación el enfermero indica a la estudiante que valore (de manera autónoma) los drenajes de dos de las personas que tienen a su cargo. El enfermero en momentos anteriores de la práctica clínica le ha explicado y mostrado los tipos y las características de los drenajes junto a la cama del paciente. Es un ejercicio que le permite reflexionar acerca de lo que ha visto y ha oído decir al tutor, reflexionar sobre el conocimiento que ella ha construido acerca de la valoración de los drenajes, y, desplegar capacidades como la observación, percepción, atención y comparación de los distintos tipos de drenajes. Puede apreciarse la atención operativa que mantiene la estudiante en un ejercicio que considero como un tipo de experimentación *exploratoria*:

*[Situación pedagógica 4] “16:30 h. El enfermero le indica a la estudiante Irene que 'le eche un vistazo a los drenajes que llevan los señores hospitalizados en la habitación 21 ¿qué ves? y ¿cómo están?'. Junto con Irene nos dirigimos a la habitación 21, la estudiante va a la cama del señor de la 21,2, es un hombre que se encuentra desorientado y agitado, lleva sujeción mecánica en sus muñecas, la estudiante se ubica en el costado lateral izquierdo de la cama y observa que la mano izquierda del paciente se encuentra desatada de la cama, y que éste se lleva su mano con frecuencia a los drenajes, para retirárselos, Irene en voz alta le dice a aquel hombre que no lleve sus manos allí que tiene unos drenajes. Mientras tanto la estudiante observa el drenaje de la bolsa de ileostomía ubicado en el hemiabdomen izquierdo, [el cual sobresale de la faja abdominal y el pañal que porta el paciente, dispositivos que impiden la visualización directa del abdomen], y pregunta “¿es fecaloideo y bilioso?” [Me mantengo en silencio]. La estudiante repite una vez más, esta vez sin el tono de interrogación y con un tono más afirmativo: “fecaloideo y bilioso”. Salimos de la habitación y vamos hacia el espacio terapéutico, allí está el enfermero, Irene le comenta sobre el drenaje de la ileostomía*



*Irene: 'es fecaloideo y bilioso'*

*Jordi: '¿Y es líquido?'*

*Irene: 'sí'*

*Jordi: '¿por qué?'*

*Irene: 'porque está en el intestino delgado, si estuviera en el colón sería de consistencia más sólida'*

*Jordi: 'muy bien' y los otros drenajes*

*Irene: 'no los vi'*

*Jordi: 'pues ve y míralos'.*" (O12 PA, Est Irene, 3:93)

La estudiante valora el drenaje que ella ha observado de la bolsa de ileostomía, de momento no ha realizado una exploración en profundidad del abdomen. Este ejercicio autónomo le permite indagar en los razonamientos o fundamentos de su observación, esto se evidencia cuando el enfermero lanza la pregunta reflexiva *¿por qué?*, la estudiante expone los razonamientos de las características de este tipo de drenajes contrastando (proceso cognitivo de mayor complejidad) con las características del drenaje ubicado en otras áreas del intestino.

Sin embargo, la estudiante para el momento en que está centra su atención en el drenaje ubicado de manera más visible que en una valoración en profundidad (o global) de la cavidad abdominal. El enfermero estimula a la estudiante en la valoración de los drenajes, sin indicarle cuántos porta el paciente, dejándole espacio y tiempo para que continúe su proceso de exploración física. Es una estrategia que permite esa experimentación *exploratoria* a la estudiante, al encontrarse con el factor sorpresa (no ha visto los otros drenajes alojados en la cavidad abdominal) que la lleva a una posterior exploración (o ensayo). Un proceso que Schön (1992) denomina "ensayo y error", la reflexión sobre cada ensayo y sus resultados establecen el paso al siguiente ensayo:

*"(...) Regresamos a la habitación y observa otros dos drenajes ubicados en el hemiabdomen derecho. El primero es un drenaje pig tail que sale del hemiabdomen derecho y se conecta a una bolsa recolectora ubicada al costado lateral izquierdo de la cama. Irene observa el contenido del drenaje de la bolsa colectora y la característica de éste, como también, la característica del drenaje que hay en el trayecto de la conexión a la bolsa. Se pregunta varias veces y al final dice "es seroso y es purulento". [Me mantengo en silencio, tan sólo observo].*

*Por último valora otro drenaje, llamado antiguo drenaje, ubicado también en el hemiabdomen derecho y que va a otra bolsa de ileostomía, dice: “este drenaje es igual al del otro, es seroso y purulento”. Antes de salir llega la familia del paciente así que le comenta que se encuentra sin sujeción mecánica su mano izquierda, la hija se mantiene al tanto del hombre.*

*Salimos de la habitación y la estudiante le comenta sobre la característica de estos dos drenajes. Y el enfermero le pregunta por un cuarto drenaje, localizado en la región infra abdominal, la estudiante le refiere que allí no ha explorado. Y el enfermero le dice:*

*“¡Venga! ¡A explorar barriga!” (O12 PA, Est Irene, 3:93)*

La estudiante se sumerge más hacia el interior de la situación, valora los otros drenajes que porta el paciente y hace un ejercicio de comparación de las características de éstos. Aquí hay otro factor sorpresa (la estudiante no ha valorado un cuarto drenaje, alojado en la región infraabdominal) que exige una posterior exploración, esta vez el enfermero le acompaña:

*“(…) Así que, regresamos nuevamente a la habitación junto con el enfermero. Estando delante del paciente, el enfermero baja el pañal que cubre la región infra abdominal y le muestra el drenaje infra abdominal subcutáneo y le señala las características de aquél. Luego va y observa los otros drenajes que la estudiante había revisado y dice.*

*Jordi: “drenaje seropurulento” [le muestra que en ambos drenajes es de tipo seropurulento y sus diferencias, uno más seroso y el otro más purulento]*

*La estudiante se acerca a mi lado y me dice cerca del oído y con una sonrisa en su rostro “es lo que te he dicho”*

*Jordi: [continua] “siempre tienes que mirar todo el recoveco”. [El recoveco hace referencia a la región abdominal]*

*Una vez concluida la observación/valoración del abdomen del señor. (...) Salimos... de la habitación. Y estando en la pica, cuando la estudiante se hacía el lavado de manos, el enfermero se ha ido un momento. Irene se gira hacia mí y con una expresión sonriente y de júbilo dice: “es lo que te he dicho”. Cuando retorna Jordi a la pica Irene le dice a éste, dirigiéndose también hacia mí: “es que se lo he dicho que yo lo veía seroso y purulento, ¿cierto?”. [Hace referencia a la valoración del drenaje que en la habitación me comentó] Hago una expresión facial con una sonrisa de acompañamiento en aquel momento de satisfacción y júbilo para la estudiante y con un acentuado movimiento de afirmación con mi cabeza.*

*[Posteriormente a las 19:30 h le pregunto al enfermero sobre el ‘¿por qué de hacer esta revisión de los drenajes?’]*

*Jordi: ‘Para que vaya reconociendo los drenajes, sus características, lo habitual de lo no habitual de cada drenaje según su ubicación, para que así pueda avisar al médico y que se vaya habituando a revisar los drenajes’.” (O12 PA, Est Irene, 3:93)*

Es evidente como la estudiante participa activamente como “sujeto” en su propio aprendizaje y el encontrarse en situaciones que requieren de su pericia, el ponerla a prueba, es un factor

causante de motivación y de aprendizajes significativos para ella. La relación pedagógica construida entre estudiante-enfermero favorece que ésta se sienta libre para expresar, sin miedo a ser juzgada, que no ha valorado los otros drenajes ni explorado en su totalidad la cavidad abdominal. La relación estudiante-enfermero es cercana y establece un continuo *feedback* centrado en el cuidado al paciente y en el aprendizaje de la estudiante.

#### ***6.4.2.4 La enseñanza de habilidades y procesos clínicos centrada en el cuidado del/ de la estudiante y en el cuidado del paciente.***

La enseñanza clínica centrada en el estudiante y en el cuidado del paciente es continua, dinámica y se mueve en coherencia a la complejidad de las situaciones de cuidado, en la que cada acción forma parte de un todo, de un proceso clínico. En el siguiente apartado presentaré una situación en la que más que una enseñanza fragmentada y/o procedimental, se evidencia como el enfermero lleva a la estudiante a transitar de la parte al todo, de manera situada e interrelacionada, no lineal, sino acorde al dinamismo del terreno práctico:

*“Un dels motius pels quals crec que estic avançant és que estic aprenent de tot, és a dir, coses que no m’esperava que aprendria a fer. Per exemple, el meu infermer m’està ensenyant bastant a fons tot el tema informàtic, també a posar-me en contacte amb altres unitats, el zelador, la farmàcia, el banc de sang, etc. D’aquesta manera, puc començar i acabar les tasques jo mateixa, ja que estic aprenent el procés sencer, i això és molt positiu.” (D2, Est Irene, 3:43)*

En la siguiente observación en la que el sr. Pepe requiere de transfusión sanguínea, el enfermero explica el protocolo a seguir, pero además pone en contacto a la estudiante con las otras unidades (banco de sangre) haciéndola en todo momento copartícipe de las partes del proceso:

*[Situación pedagógica 5] “Al estar dentro de la habitación del sr. Fabio ingresa una médica y habla con el enfermero sobre el paciente de la hab. 18,2, el sr. Pepe quien se encuentra anémico y por tanto se le realizará transfusión de 2 bolsas de sangre.*

*16:30h. Salimos de la habitación 16, el enfermero le explica a la estudiante el protocolo para la transfusión de sangre, es preciso llamar a banco de sangre y preguntar si el paciente de la hab. 18,2 tiene muestra de sangre para hacer las pruebas de compatibilidad sanguínea. Permite que la estudiante llame al banco de sangre y que sea ella quien pregunte y se encargue de hacer esta gestión. [La estudiante se observa algo insegura, pero el enfermero Jordi le explica todo lo que ha de decir y cómo lo ha de decir, hay rubor en el rostro de Irene, pero siempre sonriente y con una actitud de disposición] (...)” (O5 PA, Est Irene, 3:58)*

Ese hacer copartícipe a la estudiante que se evidencia en la situación anterior va más allá de simplemente delegar una tarea, el enfermero *está por* la estudiante; es decir, la acompaña en aquello que ella necesita saber para comunicarse en este caso con el banco de sangre, un gesto mínimo que ella percibe como importante para su aprendizaje:

*“Irene: Pues, por ejemplo,... llamar, que dices es una tontería, pero a lo mejor un día te dicen: '¡llama!' y no sabes ni dónde ni qué tienes que decir. En cambio él me ha enseñado, pues yo que sé, si hay que pedir al banco de sangre que suban ya las bolsas de tal paciente, pues me dice: 'pues llamas a este número' y me lo explica, entonces, ese es un detalle que a lo mejor cualquier otro diría: 'pues ahora voy a ir a llamar al banco de sangre', llama y dice: 'ya he llamado' y ya está, y luego un día lo tienes que hacer tú y a lo mejor te falta algún pedacito de información que no tenías en cuenta que le tenías que dar a la persona que estás llamando, o al registrar. No sé si parece una tontería, pero el año pasado mi enfermera lo registraba y me decía 'estoy registrando lo que hago', en cambio Jordi me dice 'este botoncito sirve para esto le tienes que dar aquí vas al desplegable, marcas esto', **me lo está enseñando para poderlo hacer, no para que yo vea lo que hace, entonces veo que de verdad quiere que yo lo aprenda, a hacer todo, y yo siento que estoy aprendiendo mucho.**” (C1, Est Irene, 4:19)*

Siguiendo con la situación clínica, se puede apreciar además esa dimensión ético-moral del cuidado de enfermería, al preservar la integridad del paciente, asegurando que la realización del procedimiento sea la de mayor beneficio para éste, y asegurando un ambiente de seguridad a estudiante y paciente:

*“(...) Posteriormente de la llamada, se precisa de toma de muestra sanguínea al sr. Pepe, el enfermero le explica el tipo de tubo en el cual se tomará la muestra de sangre, el de color violeta, (...) Continúa diciéndole a Irene:  
Jordi: **'Aquí vamos a mirar el beneficio para el paciente, como tenemos que puncionarle para sacarle sangre y como luego se le ha de hacer la transfusión de sangre, requerirá de otra punción, entonces vamos a puncionarle ahora y le***

*dejaremos un catéter de tal manera que por éste se realice la administración de la sangre y no se tenga que puncionar al paciente nuevamente'. (...)*  
*Ingresamos a la hab. 18,2, el enfermero Jordi le explica al sr. Pepe que se encuentra anémico y que es necesario transfundirle sangre, al igual que en otras oportunidades en las que le han realizado este procedimiento, para la transfusión se necesita de una muestra de sangre, así que lo puncionarán y le dejarán un catéter por donde luego le transfundirán, termina diciéndole 'así sr. Pepe le evitamos un pinchazo más'. (...)*  
(O5 PA, Est Irene, 3:58)

### ***Acompañamiento de la/el enfermera/o tutor/a: “Está por mí”***

Al momento de realizar el procedimiento de canalización venosa, la estudiante se torna insegura al no palpar y visualizar el trayecto venoso. Tiene la confianza para expresarle al enfermero su sentir, nótese cómo el enfermero la acompaña explicándole el procedimiento paso a paso, ante la persistencia del estado de inseguridad de la estudiante, la refuerza de manera positiva: “venga, va, con decisión”, finalmente el enfermero decide marcar ‘con su rotulador negro tres puntos en el antebrazo del paciente, señalizando por donde va el trayecto de la vía venosa y le señala el punto de inserción’. De este modo el enfermero brinda a la estudiante seguridad y confianza de que él está ahí, de que ella no está sola delante de la situación y que incluso puede fallar; para Medina (2005b) uno de los principios más importantes de una tutoría reflexiva es asegurar al estudiante un ambiente de “seguridad”:

*“(...) Se ubican en el costado lateral izquierdo de la cama del paciente, la estudiante Irene se ubica hacia la cabecera del paciente y el enfermero se ubica al lado derecho de la estudiante en este mismo costado de la cama quedando a la altura de las piernas del sr. Pepe, palpan la vena basílica en el antebrazo izquierdo, justo donde ella ayer punciono al sr. Pepe para la toma de hemocultivos. La estudiante se observa insegura, nerviosa, mira constantemente al enfermero y con su mirada le va preguntando sobre lo que ha de hacer, el enfermero responde a sus gestos, se le acerca y le va explicando paso por paso lo que ha de hacer. Ponen el torniquete, la estudiante palpa una y otra vez, no sabe por dónde ha de pinchar, le pregunta nuevamente al enfermero, él le indica, ella vuelve y palpa (lo mira continuamente, pestañea los ojos, hay un temblor tenue en su manos, persiste su rubor facial) Yo decido dirigirme hacia la ventana de la habitación, quedando fuera del campo visual de la estudiante, de modo tal que en este preciso momento de inseguridad, ella no perciba tan cerca mi presencia. El enfermero Jordi hace con su tórax y cabeza un ligero movimiento corporal hacia adelante y arriba que le indica pa ‘delante y le dice a la estudiante: “venga, va, con decisión”*

*La estudiante sigue aun palpando e interrogando por donde ha de insertar la aguja. El enfermero le realiza con su rotulador negro tres puntos en el antebrazo del paciente, señalizando por donde va el trayecto de la vía venosa y le señala el punto de inserción.*

*El enfermero le dice: “tu punciona por aquí y una vez hayas canalizado la vena y veas que refluye la sangre, paras y ya te digo el segundo paso”.*

*La estudiante toma la decisión de realizar la punción. Canaliza la vía venosa. (...)*  
(O5 PA, Est Irene, 3:58)

Estudiante y enfermero reflexionan en la acción de manera recíproca, deciden hacer el procedimiento por pasos, van conversando reflexivamente con la situación, y con un nivel de atención operativa trasladan a la acción aquello que van conversando. El enfermero interviene de manera oportuna en situaciones que merecen de su pericia, exponiendo así su saber práctico e intuitivo. También se observa como el enfermero empatiza con la experiencia de la estudiante, “seguro, que sientes que te faltan manos”:

*“(...) Canaliza la vía venosa. El enfermero Jordi le indica:*

*“Vale, para y ahora vas a retirar un poco el mandril y poco a poco vas introduciendo el catéter”. Lo intenta la estudiante, sin embargo es necesaria la intervención del enfermero, quien interviene oportunamente para ayudarle con la maniobra. Logran la canalización de la vía y el retiro del mandril, toman la muestra sanguínea con una jeringa de 10cc. Luego el enfermero le explica el siguiente paso:*

*“Ahora retira la jeringa del catéter y ponla encima del campo y yo pongo la alargadera”. La estudiante retira la jeringa la ubica sobre el campo y el enfermero pone la alargadera y le indica: “Ahora conéctala al catéter, seguro que sientes que te faltan manos”.*

*Una vez que la estudiante ha conectado la alargadera al catéter venoso, hacen la fijación del yelco -catéter venoso- a la piel. Le explica cómo hacerlo.*

*Luego le pasa la jeringa con 5cc de suero para realizar el lavado de la alargadera y del catéter. La estudiante realiza la conexión de la jeringa y no observa que está ocluyendo el yelco al llevarlo hacia arriba, pronto el enfermero lo observa y le indica. Posteriormente fijan el catéter. (...)* (O5 PA, Est Irene, 3:58)

Al finalizar, el enfermero en un tono de empatía didáctica refuerza a la estudiante sobre la importancia de realizar los procedimientos con seguridad a la vez que la autoriza ante la equivocación, la estudiante le explicita sus sensaciones y preocupaciones respecto al ser evaluada y observada por la coordinadora del prácticum:

“17 h. Salimos de la habitación luego de terminado el procedimiento y nos dirigimos hacia la pica para realizar nuestro lavado de manos, al breve instante se acerca el enfermero Jordi al lavamanos, aprovecho para estar allí y escuchar lo que le dice el enfermero a la estudiante en aquel preciso momento:

‘Tú siempre con seguridad de cara al paciente y también contigo misma, que si fallas una vez o si hubieras fallado, no pasa nada, por fallar una punción no eres ni más ni menos enfermera. Tú siempre con seguridad, si fallo yo. ¡Todos fallamos! Por una punción fallida no pasa nada, ¡vale!’

La estudiante comenta ‘y si viene la profesora Diana [coordinadora del prácticum] y observa, si va a venir a hacernos in situs...’

“Bueno, si fallas en aquel momento, no te puede evaluar por sólo eso, que no sólo eres enfermera por sólo puncionar, ni sólo eres buena enfermera si no fallas.”

Luego de estas palabras, Jordi se retira y la estudiante procede a llamar a los celadores para bajar la muestra de sangre al banco de sangre.” (O5 PA, Est Irene, 3:59)

Al preguntar a Irene respecto a estos comentarios, gestos o tacto del enfermero:

“Nelly: (...) el día anterior que alistaste todo el material ya estabas dispuesta para hacer la punción para la toma de los hemocultivos y no sé si recuerdas cuando él te tocó un poco la espalda.

Irene: Bueno, no sé es que lo hace a menudo, **supongo que es señal de confianza de ‘tranquila que lo harás bien, hazlo y ya está’.**

Nelly: O ayer cuando te dio las palabras cuando ibas a canalizar la vena que te dijo: ‘venga con decisión’.

Irene: Ah, Sí, sí, sí que yo no le entendí, que me hizo así [lleva su pecho hacia adelante], me hizo como una señal [La estudiante simula el movimiento del enfermero, llevando su pecho hacia adelante como estimulando a la acción, a que realizará el procedimiento con decisión] y yo ‘¿qué?’ [Ríe], yo no le entendía y al final le entendí qué era, significaba que pa’ lante, que no me lo piense, pero justo me dijo eso y al no fijarla, (...) Claro, tú piensas ‘sí, tienes que hacerlo con seguridad’ pero claro, a quien le estás haciendo daño es al paciente y si no lo ves claro, mejor verlo claro, y luego ya lo haces con seguridad, porque si no, probar por probar, me sabe mal.

“Nelly: Esto que dices el tomar la decisión también depende de minimizar un poco el daño al paciente ¿es algo así?

Irene: En el ejemplo este de poner una vía, ¡claro! hay que tener seguridad, pero seguridad una vez tienes la vena ya cogida, si no la tienes, tener seguridad en ‘pues pincho aquí por...’ No., una seguridad de que está fijada y entonces ya entrar con decisión, pero si la he perdido prefiero volverla, con tranquilidad volverla a coger y entonces ya con seguridad canalizar la vía. Sí, me refiero a eso.” (C1, Est Irene, 4:13)

La empatía didáctica que el enfermero mantiene durante su práctica de tutoría se entreteje con momentos de refuerzo positivo hacia la estudiante, lo que la motiva a seguir con las argumentaciones o razonamientos que está exponiendo al tutor o con la ejecución de las acciones

de cuidado. “Serían un *feedback* del tutor hacia el alumno y contribuirían a aumentar su confianza, su creatividad y su intuición, ya que le liberarían del miedo a equivocarse y del miedo a ser juzgado en sentido normativo” (Rodríguez, 2012: 234):

*“Irene: Claro, que ayer yo iba pensando: ‘claro, ahora a él, a mí me dice también muy bien muy bien’, y me hace ilusión porque son mis primeras veces y a él también. Me dijo que le hacía ilusión porque claro soy su alumna y lo hago, también lo estoy haciendo porque me ha enseñado él y pues también a él también le hace ilusión, porque una vez que sea enfermera esto será el pan de cada día y nadie me dirá ‘muy bien, muy bien’ por poner una vía pero, bueno, ahora de momento.” (C1, Est Irene, 4:101)*

### ***Asegurar un ambiente de seguridad***

Sobre asegurar al estudiante un ambiente de “seguridad”, el enfermero emplea como estrategias la recapitulación del procedimiento antes de ingresar en la habitación del paciente, el estar-presente-junto-a la estudiante, el autorizarla a no-saber —*‘bueno, entramos y aunque tú no sepas hacer ciertas cosas yo te las voy a explicar’*—, el dar sensación de tranquilidad —*‘yo voy a estar al lado tuyo y si tienes alguna duda tranquila que yo me daré cuenta’*—:

*“Jordi: (...) siempre doy ciertas pautas antes de, cuando vamos a entrar a la habitación del paciente, pues, siempre le digo a Irene, en este caso le decía: ‘bueno, vamos a presentarte como alumna, pero tú aunque seas alumna y aunque no sepas hacer una técnica, yo voy a estar al lado tuyo y siempre tienes que entrar dándole la sensación de confianza al paciente’, y es una actividad que siempre les hago hacer porque cuando pinchan por primera vez, canalizan una vía por primera vez, sondan por primera vez, las pobres están nerviosas y es normal, y aunque tú intentes transmitir tranquilidad, pues, siempre algo queda de nerviosismo, pero eso no se lo puedes transmitir al paciente porque él tiene que tener una sensación de seguridad porque tu estás ahí para cuidarle y, bueno, también entra ahí en juego otro reto, que les pones a ella. Es decir: ‘bueno, entramos y aunque tú no sepas hacer ciertas cosas yo te las voy a explicar’, cuando te pones a hacer el ejercicio de tranquilizarte, dar sensación de esa seguridad, que el paciente la necesita porque nosotros estamos al servicio del paciente, quieras o no quieras, y con eso con todo, luego hay preguntas que se puedan hacer delante de él sin ningún problema, para eso está, para aprender, pero hay ciertas cosas, ciertas preguntas, pues, ‘bueno, vamos a sondear al paciente, bueno, antes de entrar repasamos los pasos, es lo que hacemos antes, primero se hace esto, luego se hace esto, luego se hace esto y yo voy a estar al lado tuyo y si tienes alguna duda tranquila que yo me daré cuenta y lo resolveremos sin que el paciente se dé cuenta y no hay ningún problema’, pero siempre sensación de*



*seguridad porque el paciente también tiene que ir evolucionando en esa relación alumno-paciente, (...)*" (E, Enf Jordi, 4:16)

Nos hallamos aquí ante lo que podríamos denominar un círculo de confianza en la relación enfermera/o y estudiante durante la realización de procedimientos en el interior de la habitación. Tomando como estructura las reglas generales que plantea Gigerenzer (2008), dicho círculo se podría estructurar de la siguiente manera:

1) Enfermera/o y estudiante previo a ingresar a la habitación del paciente: 'repasan nuevamente los pasos', 'preparan el material' y hay un 'momento de preguntas'; 2) en el interior de la habitación surge un momento de incertidumbre, la estudiante le manifiesta al enfermero su inseguridad, ésta se asegura y busca la mirada del enfermero/a; 3) el enfermero capta la inseguridad de la estudiante, con gestos mínimos ofrece palabras de confianza: "venga, va, con decisión", asentimiento corporal de 'pa delante', tacto como señal de confianza, le facilita las cosas a la estudiante —'señala con tres puntos el trayecto de la vena, el sitio de punción, le indica el procedimiento paso por paso e interviene durante la acción del estudiante—; 4) reconocimiento y/o *feedback* a la estudiante fuera de la habitación y autorización al fallo.

**6.4.3 Camino hacia la Autonomización de la estudiante: ‘Proceso en el que cada vez voy más por libre’.**

**6.4.3.1 Hacer copartícipe a la estudiante en la toma de decisiones: Priorizar los cuidados.**

El pedir a la estudiante el establecimiento de prioridades lleva al y a la estudiante a deliberar y discernir sobre la naturaleza de la situación, y al desarrollo de un sentido de saliencia. Este último al permitirle *notar* qué debe ser abordado inmediatamente. Para Benner et al. (2010), el/la estudiante en sus primeros momentos de la práctica clínica debe prestar atención y deliberadamente establecer prioridades. Con la experiencia clínica el/la estudiante va

progresivamente desarrollando un sentido de saliencia: *notar* aspectos urgentes en una situación clínica. Este establecimiento de prioridades le permite aprender a hacer apreciaciones y distinciones en las situaciones nuevas, centrándose en lo que es extraño o inusual.

En la siguiente observación el enfermero pide a la estudiante priorizar las actividades de cuidado, de este modo la hace copárticipa en la toma de decisiones. En el interior de la situación el enfermero le deja tiempo para que ella realice la deliberación de dicha priorización. La estudiante por su parte prioriza de manera deliberada y razonada:

*“17:45h. Una vez que el enfermero Jordi ha entregado a la estudiante el parte de los pacientes con las actividades de cuidado a realizar durante el turno. Jordi le dice a la estudiante Irene: “Bueno, a ver, vas a priorizar ¿Qué hacemos primero? Te propongo que vayamos al 16, [La estudiante Irene lee su parte] luego ya tu priorizas que vas a hacer primero y me lo dices”. [Le deja un espacio de tiempo para que la estudiante decida sobre esa priorización de actividades].*

*La estudiante se dirige a la habitación 16 donde el sr. Fabio para realizar el lavado de la sonda gástrica, (...) luego de terminar el procedimiento, la estudiante Irene se dirige al espacio y le expone al enfermero la priorización de actividades que ella ha deliberado.*

*Irene: “Lo primero que voy a hacer es retirar la sonda vesical de la paciente de la habitación 17 para valorarle su micción espontánea en nuestro turno”.*

*Jordi: “Muy bien, recuerda hacer la educación sanitaria a la Sra. Marina. Hay que sentarla a la siete, tú dile que hasta las siete la sentaremos, luego tendrás que firmar agendas, así que tienes que hacer todo pronto porque a las siete hay una sesión de ostomias”. (O4 PA, Est Irene, 3:46)*

El enfermero además de reconocer a la estudiante en el planteamiento de prioridades, le proporciona aspectos del cuidado esenciales como la educación sanitaria a la paciente al retirar la sonda vesical. Para la estudiante el acto de priorizar es vivido como un nuevo reto y una motivación para su aprendizaje, se siente implicada en el cuidado de la paciente y lo asume con una actitud de responsabilidad. A continuación presento un extracto del diario reflexivo y de una conversación con ella al preguntarle por lo anterior:

*“Aquesta setmana hi ha hagut dies de tot, tant d’un extrem com de l’altre. Dimarts va ser un dia bastant tranquil, l’única cosa a destacar és que el meu infermer em va deixar prendre a mí la decisió de prioritzar les activitats que havíem de fer al llarg de la tarda. Per exemple: havíem de retirar una sonda vesical, i vaig decidir fer-ho en primer lloc per poder valorar la primera micció espontània dins del nostre torn. És un*

*exercici molt bo per anar adquirint facilitat a l'hora de relacionar-ho tot.” (D3, Est Irene, 3:63)*

*“Pues, cuando me lo dijo, pensé ‘un nuevo reto’ [ríe], porque cada día me sale con alguna cosa distinta, así, nueva. Un día es escribir un evolutivo, que ahora pues cada día ya lo hago, eso fue a lo mejor hace una semana, y ahora ya pues lo hago y no pasa nada, pero, priorizar, siempre hacíamos lo que él iba diciendo. Pues me decía: ‘hacemos esto, no sé qué, y mientras tanto’, ‘vale’, y claro al dejarme la responsabilidad a mí, me lo tuve que pensar muy bien y luego a la hora de ir repartiendo, pues, lo mismo pensar ‘¿qué haría el?’, como lógica y, ‘¿qué puede ser lo mejor?’, en ese caso lo mejor era retirar la sonda porque así podíamos valorar la micción espontánea dentro de nuestro turno, que bueno luego que fue al cabo de 30 segundos. Bueno, pero eso había pasado 3 días antes a lo mejor y él a mí me había explicado eso, entonces yo como retengo lo que, intento retener el máximo de información posible y luego busco entre ella, entre toda la información y decido qué es lo que me ha enseñado él, qué va primero. Bueno, claro, tampoco hay una rutina tampoco hay, pues primero hacemos esto, sí que hay más o menos hay unas horas repartidas, pero estos procedimientos no, entonces pues eso, sólo recordar cuál es el momento para hacer cada cosa, ir pensando, la lógica que a veces falla pero hay que activarla.” (C1, Est Irene, 4:11)*

El establecimiento de prioridades, en el caso de Irene, deja entrever otra cualidad, que la priorización de actividades está matizada no sólo por “el qué” y “el cómo”, sino además por “el cuándo”. El pedir a los estudiantes que prioricen las actividades de cuidado los ayuda no sólo a mantener una conversación reflexiva en el interior de la situación, sino también a desarrollar el raciocinio y juicio clínico en situaciones específicas (al evaluar y discernir la naturaleza de la situación). Para Benner et al. (2010), el establecimiento de prioridades tiene que ser flexible para adaptarse a las situaciones que evolucionan rápidamente. El responder de manera fluida a las demandas de cada situación es uno de los aprendizajes de la práctica clínica que contribuye al desarrollo de un sentido de saliencia en orden a decidir qué es lo más importante para un paciente particular (p. 48-49).

Lo anterior se relaciona con la intencionalidad pedagógica del enfermero al pedir a la estudiante priorizar las actividades:

*“Si es lo que hablábamos antes de los pequeños objetivos. Bueno, ya te explicaba antes que tengo uno al final de todo, que ya sabes cuál es, y luego van los objetivos semanales que en función de cómo vaya ella se los voy planteando. 'Pues esta semana*

*tienes que acabar sabiendo hacer esto', que puede surgir o no y luego están los objetivos a efecto inmediato, que es 'ahora mismo ya tienes que priorizar, tienes tres cosas que hacer, ¿cuál haces primero en beneficio del enfermo y en beneficio de tu asistencia?', y bueno, es una capacidad de acción-reacción, para valorar un poquito. A ver, 'tienes que hacer una cura, tienes que administrar medicación y tienes que asistir a este enfermo que necesita esto, esto y esto, ¿qué harías primero, por qué y qué harías después, por qué?'. Son razonamientos, pues que ella tiene que hacer porque realmente es lo que se va a encontrar cuando trabaje, ahora tiene mi apoyo y le puedo decir: 'no, mejor vas a hacer esto primero', pero bueno, **el por qué lo haces primero es lo importante**, ¿no?, es lo que tienes que aprender, el razonamiento, razonamiento enfermero, '¿por qué priorizas así? ¿Por tu bien? No', tienes que contar contigo, tienes que contar primero con el enfermo, luego contigo y también tienes que tener en cuenta todo el equipo que tienes alrededor, es un global. Tienes que pensar en muchas cosas, gestionar los tiempos, gestionar los cuidados, gestionar la situación del enfermo, y eso es súperimportante porque es lo que va a hacer que el enfermo o el paciente vaya mejor o vaya peor y que tu jornada vaya mejor o vaya peor y que tu equipo vaya mejor o vaya peor. Si el enfermo va bien, tú vas bien, si tú vas bien puedes hacer que tu equipo vaya mejor porque puedes echarles una mano también con sus actividades, o sea ese es el objetivo, que todo vaya bien." (E, Enf Jordi, 4:15)*

Tal como lo relata el enfermero, establecer prioridades es una actividad dinámica que involucra una toma de decisiones orientadas hacia el beneficio del enfermo, el beneficio de la asistencia y del equipo, condicionadas además por la complejidad del ambiente clínico. Como apunta Benner et al. (2010), establecer prioridades implica que éstas han de ser flexibles y abiertas en orden a actuar en un ambiente de múltiples asignaciones de pacientes y múltiples demandas en tiempo y atención. El establecimiento de prioridades tiene que ser fluido y eficiente debido a que el ambiente clínico y las condiciones del paciente cambian rápidamente (p. 50-51).

#### **6.4.3.2 Delegar tareas a el/la estudiante.**

El acto de delegar tareas a la estudiante propicia el entrenamiento de habilidades clínicas, el desenvolvimiento delante de los cambios o giros que pueden tomar las situaciones clínicas, la asunción de una disposición de atención operativa e imitación reflexiva, el desarrollo de una

práctica autonomizante y la adopción de una actitud de responsabilidad hacia el cuidado de la persona hospitalizada.

En la siguiente observación, el enfermero le delega a la estudiante la actividad que ella ha priorizado para que la realice de manera autónoma, en anteriores observaciones la estudiante ha ejecutado este procedimiento con el acompañamiento del enfermero:

*[Situación pedagógica 6] “18 h (...) Ingresamos la estudiante a la habitación 17, les pido a los familiares que se retiren un momento porque va a realizar el retiro de sonda vesical, cierro la puerta y me adentro en la habitación. Allí nos encontramos Irene, la Sra. Marina y yo. La Sra. Marina es una mujer mayor de edad, de constitución gruesa, mirada fija y distante, quien lleva hospitalizada en la unidad tiempo atrás, se encuentra tendida en su cama. La estudiante levanta las barandas de la cama y dice a la paciente:*

*Irene: “Marina te vamos a retirar la sonda vesical, luego tú nos dirás cuando tengas ganas de hacer pis porque es muy importante mirar que después de retirarte la sonda, la primera vez que elimines, valorarla, tenemos que ver que orines después de retirarte la sonda ¿de acuerdo?”*

*La paciente inmediatamente le dice: “Quiero pasarme a la silla.”*

*Irene: “Sí, pero hasta las siete te pasaremos”.*

*Sra. Marina: “Y el Jordi donde está que no ha venido hoy, que está bravo conmigo, dile que ya quiero pasarme”.*

*Irene: “Sí te vamos a pasar, pero hasta las siete, ya me lo ha dicho el Jordi”. [La estudiante habla en un tono seguro, decidido y firme con la paciente, un tono que no es irrespetuoso, además establece contacto visual con la Sra. Marina y le mira serenamente].*

*Irene: “Vamos a pasarte a las siete para que después estés un buen rato en la silla”.*

*La estudiante procede a hacer el retiro de la sonda vesical, Irene se ubica en el costado lateral derecho de la cama [me encuentro en el costado lateral izquierdo de la cama, costado que da a la ventana de la habitación], seguidamente ubica a la paciente en decúbito dorsal, posición que le permite retirar la sonda, coloca el empapador sobre la cama a la altura de la zona genital de la paciente, coge su jeringa de 20cc y hace la extracción del líquido que hay en el globo de la sonda vesical y me dice: “Ves, he traído una jeringa de 20cc porque en este caso estaba inflado el balón con 15cc”. [La estudiante me explica sus razonamientos de por qué y el cómo lo hace.]*

*La estudiante retira la sonda y retira el empapador que previamente había puesto sobre la cama de la paciente, tira todo aquello a la basura. Retorna hacia la cama de la Sra. Marina, en esta ocasión se ubica al costado izquierdo de la cama y se dirige hacia ella, le mira [en este momento me encuentro en el costado lateral derecho de la cama de la paciente, cerca del lavabo de la habitación].*

*Irene le dice por segunda vez: “Marina recuerdas lo que te he dicho antes, que nos avises cuando tengas ganas de orinar, avísanos que es muy importante mirar cuando orines la primera vez”.*

*La Sra. Marina inmediatamente expresa: “Que me estoy meando, alcánzame la cuña que me estoy meando ya.”*

*Irene: “¿Qué te estás meando?”.*

*Sra. Marina: “Sí, sí alcánzame la cuña que me estoy meando, ya, ya me estoy meando”. [Me dirijo rápidamente al lavabo a alcanzar la cuña y cuando llego a la cama de la paciente con ésta ha eliminado en la cama.]*

*La estudiante al levantar la sabana observa que efectivamente la paciente ha eliminado, justo en aquel momento entró la auxiliar de enfermería Lizeth y la estudiante le comenta: 'la paciente se ha orinado ya, ya ha eliminado, me he vuelto para preguntarle e insistirle que nos avisará cuando tuviese ganas de eliminar y si tenía alguna duda respecto a lo que tenía que avisar'. Continúa: “Le he preguntado dos veces por si tenía dudas, si tenía ganas de orinar” [Percibo que la estudiante se encuentra algo turbada/preocupada por la situación/ hay rubicundez en su rostro]*

*La auxiliar la tranquiliza le dice: “no pasa nada, mejor, ya ha eliminado y ya sabemos que la va a poder realizar espontáneamente (...)” (O3 PA, Est Irene 3:47)*

En el anterior fragmento puede observarse cómo Irene realiza una negociación de los cuidados con la paciente, al solicitarle ser pasada a la silla. En días previos a la observación el enfermero en un tono asertivo ha negociado con la paciente respecto al paso de la cama a la silla, en la observación pude constatar como aquella comunicación asertiva del enfermo delante de la paciente ha sido un modelo de comunicación para Irene, de modo tal que ha podido gestionar y negociar dicha actividad de cuidado con la señora Marina.

Por otro lado, la estudiante conoce a la señora Marina y para asegurarse de que las indicaciones que le ha proporcionado han sido comprendidas, se le acerca y le repite éstas:

*“(...) Irene: “Ya me imaginé que no me había entendido bien, por eso le volví a preguntar que si tenía duda, que si tenía ganas de orinar, ya me lo había imaginado”.*

*Nelly: “¿Y por qué lo has preguntado?”*

*Irene: “Porque me la conozco, ella me dice que sí como a los tontos, pero ya le veo que no me entiende”. [Observo en su rostro cierta preocupación por lo sucedido, por la eliminación de la paciente en la cama. Otro aspecto que percibo es el conocer la estudiante a la paciente e intuir que la paciente no le ha comprendido, que tiene dudas, motivo por el cual ella se acercó nuevamente a la Sra. Marina para preguntarle e indicarle que avise cuando tenga ganas de eliminar.]” (O3 PA, Est Irene 3:47)*

Por último, la estudiante se encuentra delante de una situación incierta, no esperaba que la paciente eliminara de manera inmediata al retiro de la sonda vesical y que eliminara en la cama. Esta situación de incertidumbre que se le presenta, la lleva a tomar varias decisiones en un breve instante de tiempo, a sabiendas de que el enfermero contaba con ella para la realización de otras

actividades de cuidado en otras habitaciones. Es decir, que ante esta situación, la estudiante hace otro ejercicio de priorización; delibera y reorganiza las demás actividades de cuidado a realizar, estableciendo como prioridad el cambio de tendido de cama de la Sra. Marina; es así que, se ofrece a colaborar con la auxiliar de enfermería para el cambio de tendidos de cama. Es una situación en la que la estudiante se ve enfrentada a gestionar los tiempos, a reorganizar las actividades, a aprender a gestionar los cuidados con el personal auxiliar, en beneficio de la paciente:

*“(...) Irene le dice rápidamente a la auxiliar: “Si quieres te ayudo a cambiarla y así está mejor (la paciente).”*

*Aux. Lizeth: “No, no, que tu tienes cosas que hacer”.*

*Irene: “No, que ya te ayudo yo”.*

*La auxiliar vuelve y le dice que no, que no se preocupe que ya lo haga luego, cubre con la sabana a la paciente, e intervengo.*

*Nelly: “Si quieres te podemos ayudar, también os ayudo”.*

(RP) Al observar las negativas de la auxiliar a ser ayudada para el cambio de sábanas de la cama de la Sra. Marina, me propongo también a colaborar. Tomé la decisión por tres motivos [como puede observarse el trabajo de observación también se encuentra matizado por situaciones de incertidumbre que me llevan a una toma de decisiones in situ y de priorización]: la primera, por una cuestión ética, de procurar el bienestar y confort de la paciente, la segunda, para observar la interacción entre el personal auxiliar y la estudiante como fuente de aprendizaje de la práctica en los cuidados de enfermería, y la tercera, por colaborar con pequeños gestos con el personal de la unidad.

*La auxiliar Lizeth se ubica al costado derecho de la cama de la paciente, Irene y yo nos ubicamos al costado izquierdo, la estudiante hacia la cabecera y yo hacia los pies de la paciente, [hacemos la respectiva movilización de la Sra. Marina para el cambio de tendido de cama] (...) Una vez puesta la sábana limpia, ubicamos a la Sra. Marina en posición decúbito dorsal, Irene procede a valorar la región abdominal de la paciente, descubre la faja abdominal para observar la herida quirúrgica y los drenajes. Observa la herida quirúrgica del hemiabdomen derecho, la cual está protegida con apósitos y conectada a sonda de aspiración, la auxiliar explica a la estudiante los materiales que han empleado para la curación de la herida quirúrgica como el Aquacel<sup>®</sup> y la plata [información que también el enfermero le ha dado en la entrega del parte], también le señala a la estudiante la disminución del drenaje de la herida que se evidencia en la pequeña mancha de drenaje del apósito. (...) Se coloca nuevamente la faja, la auxiliar Lizeth explica sobre el apósito que le han puesto a la paciente en la zona sacra. (...) Posteriormente, acomodamos a la Sra. Marina en decúbito lateral derecho, le ponemos cojines que de tal manera que se proteja la zona sacra y las prominencias óseas de la espalda para que no desarrolle úlceras de presión. (...)” (O3 PA, Est Irene 3:47)*

Puede apreciarse además del trabajo colaborativo y de la preocupación por el bienestar y confort de la paciente, la valoración y exploración física que realiza la estudiante en el interior de la situación, las relaciones de ayuda y de confianza que permean en la planta A, en donde la estudiante aprende de la interacción con el resto del equipo, y, la disponibilidad del personal de enfermería para enseñar a la estudiante. Es un ambiente propicio para la formación del estudiante de enfermería.

Al preguntar a la estudiante sobre aquella situación de cuidado:

*“Nelly: Recuerdo ese día que fuiste a retirar la sonda vesical y que la paciente eliminó en la cama, y llegó la auxiliar, ¿estabas preocupada por esto?”*

*Irene: Sí, sí porque claro, y además había, como había hecho el ejercicio de planificar la tarde, claro planifico eso primero esperando un resultado y, claro, la micción espontánea llega justo y es como ‘un pequeño fracaso’, porque dices ‘entonces, ¿de qué ha servido?’, pero bueno después he aprendido que la paciente, al final le hemos tenido que poner pañal porque no, porque no retiene, le vienen ganas todo el rato, encima tenía un poco infección, [hago un gesto de sorpresa]. Sí, sí al final, yo al principio me sentía un poco mal, es que claro, pero bueno que tampoco tengo yo la culpa. Bueno, se lío un poco y al final mira resulta que estamos todas igual y que le han tenido que poner un pañal por que no.*

*Nelly: ¿Es incontinencia?”*

*Irene: No, pero cuando tiene ganas ya está, pide la cuña y ya no llegas a tiempo y se la quitas y ya la vuelve a querer, no controla muy bien, el esfínter no, entonces pues, **aprendes tampoco a que no te afecte todo.***

*Nelly: ¿sí, por qué decías que lo habías vivido al comienzo como un pequeño fracaso?”*

*Irene: Un pequeño, a ver, tampoco tanto, es porque es muy escandaloso, precisamente eso, cuando se orinó pues eso es muy escandaloso y dices: ‘anda’, y encima teníamos que hacer otras cosas y la auxiliar quería cambiar la cama sola y digo: ‘es que sí ¡hombre! ¡No!, te ayudamos que para algo estamos’, y me sabía mal, porque tenía otras cosas que hacer también y se acumuló el trabajo y me sabía mal por la auxiliar, pobre, suerte que entro en la habitación.*

*Nelly: ¿Qué te llevó a tomar esta decisión de decirle ‘te ayudo’?”*

*Irene: Pues porque a ver, yo estoy ahí, también es mi paciente más o menos y si estoy ahí, aunque tenga otras cosas que hacer, yo veo que la otra persona necesita ayuda, que ella sola, a ver que lo puede hacer, pero si vamos a tardar menos tiempo y se va a cansar menos, a ver **hay que priorizar, sí, en la otra habitación tenía que hacer más cosas pero podrían esperar las otras habitaciones, y si ya estas allá, pues en un momento se hace, y encima me sentía un poco como responsable porque había pasado aquello allí estando yo y no diré: ‘me voy’, ¡no!, se empieza y se acaba algo y por eso le dije: ‘te ayudo y no se hable más’, y se ayuda y ya está, que para algo estamos todos.**” (C1, Est Irene, 4:12)*



#### 6.4.4 Cualidades reflexivas del/de la estudiante.

##### 6.4.4.1 Desarrollo de cualidades perceptivas y consciencia situacional de las necesidades del y de la otro/a.

En la siguiente observación la estudiante Miriam se encuentra ante una dificultad sentida<sup>95</sup>, la de comunicarse con un paciente sordomudo. De acuerdo con Dewey (1928) el pensamiento comienza en una situación de incertidumbre, una situación problemática, ambigua, inesperada, que contiene elementos sorpresa, que presenta dilemas y que exige tomar decisiones frente a sus diversas posibilidades. La estudiante se enfrenta a una situación de incertidumbre que implícitamente le propone una amplia gama, diversa y plural, de posibles alternativas de acción:

*[Situación pedagógica 7] “16:15h. Miriam entra a la hab. 6 después de que sonara el timbre de llamada, es una de las habitaciones que está a cargo de la enfermera Magnolia, quien no tiene a cargo suyo la tutoría de estudiantes. La estudiante se ofrece a colaborar a las enfermeras respondiendo a los timbres cuando ella está disponible. Miriam sale de aquella habitación y pide colaboración a una auxiliar de enfermería para poner la cuña [recipiente para la eliminación de diuresis] a aquel paciente, me dirijo junto con ellas a la hab. 6. (Hoy los movimientos de la estudiante son rápidos, va y viene, se agita)*

*Es un hombre mayor de edad quien se lanzó de un 2º piso y fue arrollado por un coche sufriendo así fracturas de las costillas, por tanto su movilización es limitada, además es un paciente con déficit en la comunicación por ser sordomudo, sus familiares comentan que se agita y en ocasiones se desorienta en tiempo y espacio, lleva sujeción mecánica en las muñecas de sus brazos debido a que la noche anterior se retiró los accesos venosos. Este hombre quiere marcharse a casa, al parecer pregunta por sus pantalones, una de sus familiares gesticula lentamente con la boca y empleando el lenguaje de los signos, le dice que se encuentra en el hospital, y que ‘Paco (otro familiar) se ha llevado el pantalón y las llaves a casa’, se lo repite una y otra vez.*

*La estudiante se para cerca de la cama del paciente y observa los modos de comunicación (gestos faciales, gesticulación de la boca, movimientos de las manos) que emplea la familiar del paciente. Posteriormente, Miriam intenta comunicarse con él gesticulando lentamente palabras con la boca, explora distintas maneras de comunicarse con él [la observo preocupada y agitada en sus movimientos], el paciente mueve insistentemente sus manos sujetas e intenta llevarlas hacia el abdomen; la estudiante al parecer no alcanza a comprender qué necesita el paciente, le insiste si lo que necesita es la cuña, e insiste en ponérsela. Se percibe una sensación de impotencia en el ambiente respecto a lo que necesita o desea. La estudiante y yo nos ubicamos al lado derecho del paciente y la auxiliar al lado izquierdo, le movilizamos en bloque*

<sup>95</sup> Dewey (1928) presenta cinco etapas distintas en la reflexión: “(I) una dificultad sentida; (II) su localización y definición; (III) la sugestión de una solución posible; (IV) el desenvolvimiento mediante el razonamiento del sentido de la sugestión; (V) posteriores observaciones y experimentos que llevan a su aceptación o a su exclusión; esto es, la conclusión de la creencia o la no creencia” (p. 123).

[para ponerle la cuña], (...) *El paciente no muestra un gesto de comodidad y manifiesta con su expresión no-verbal que aquello no era lo que él solicitaba. Los familiares le preguntan a Miriam si el paciente ha hecho de vientre durante el día, manifiestan que hace 3 días que no hace deposición. Miriam desconoce la evolución clínica del paciente, así que decide ir a la enfermera para preguntar. En ese entonces, la auxiliar de enfermería habla con los familiares del paciente, quien piensa dejarlo sin la sujeción mecánica de la mano izquierda, sin embargo, uno de los familiares le pide que lo deje sujeto debido a que se agita y se retira las vías. Miriam sale de la habitación y se dirige al office a hablar con la enfermera Magnolia, le comenta que le ha puesto la cuña, que la familiar pregunta si el paciente ha hecho deposición y que la auxiliar le dejará sin sujeción mecánica, (...)*" (O4 PC, 3:192)

La estudiante se encuentra en una situación que ella posteriormente en la entrevista narra como de impotencia, presenta malestar por su dificultad en la comunicación con el paciente y su desconocimiento del mismo. La estudiante ante esta situación de perplejidad hace una pausa en el interior de la acción para observar de manera deliberada y calculada el modo de comunicación que emplea la familia con el paciente. En palabras de Dewey (1928), hace una **suspensión de la incertidumbre**, metafóricamente sería como el hecho de subirse a un árbol y desde allí poder observar, obtener una visión más completa de la situación y decidir cómo los hechos se relacionan entre sí. Miriam intenta averiguar qué necesita el paciente, presta atención a la situación en sí, explora distintas maneras de comunicarse con él, hace inferencias al deducir que necesita la cuña y que probablemente esté estreñado, deducciones que va realizando con la información que los familiares le suministran. Ella hace un análisis y deliberación de la situación, prestando atención a las necesidades del paciente y sacando a la superficie su comprensión intuitiva de los problemas de éste (la necesidad de comunicación, de eliminación y de movilización). Toma la decisión de acudir a la enfermera y allí le plantea sus inferencias (*razonamientos*)<sup>96</sup> que permite entrever la deliberación que la estudiante ha realizado entorno a la situación. La enfermera problematiza la situación al preguntarle si aquel hombre ha comido, a lo que Miriam le propone la administración de un medicamento laxante, una respuesta que no corresponde a lo que la

---

<sup>96</sup> Dewey define la cuarta etapa de la reflexión como "El proceso de desenvolver el alcance —o, como se dice más técnicamente, las *implicaciones*— de una idea con respecto a un problema, se llama *razonamiento* (1). Como una idea es inferida de hechos dados, así el razonamiento parte de una idea." (Dewey, 1928: 128-129)

enfermera quiere hacerle advertir, pero que da pistas respecto a las hipótesis o conjeturas a las que ha llegado la estudiante. La situación es compleja y dudosa para ésta y existe un problema en la determinación real del problema o necesidad del paciente (¿es realmente estreñimiento, un episodio de desorientación o son ambas cosas?) (Schön, 1998):

*“(...) la enfermera le pregunta [hay una relación de confianza entre la enfermera y la estudiante]:*

*Magnolia: “¿y ha comido?”... “Es que tampoco ha comido, hoy ni tan siquiera el yogur, entonces tampoco va a hacer”*

*Miriam: “¿Y ponerle un magnesio o algo?”*

*Magnolia: “déjame que ya lo miro”*

*Miriam: “la auxiliar ha dicho de dejarlo sin sujeción”*

*Magnolia: “y luego ella le va a canalizar la vía cuando se la arranque, este paciente anoche estuvo muy agitado y se retiró el catéter”*

*La enfermera también comenta que ella ha intentado comunicarse con él, pero que no sabe leer ni escribir.*

*La estudiante regresa a la habitación y habla con la familiar de la paciente y le comenta lo que habló con la enfermera Magnolia, respecto al por qué no ha hecho deposición y a lo de la sujeción. Finalmente se ha dejado al paciente con la sujeción mecánica bilateral. Los familiares se comunican nuevamente con el paciente mediante el lenguaje de los signos, le transmiten que se encuentra en el hospital y que su ropa está en casa, la estudiante Miriam se queda en la habitación y observa los modos de comunicación (gestos faciales, gesticulación, movimientos de las manos) que emplea la familiar del paciente.” (O4 PC, 3:192)*

Percibo en la estudiante una atención solícita y preocupación por dar respuesta a los familiares, como también por conocer qué le pasa al paciente y conectar con él. Para Benner et al. (2010) es a través del *conocer y conectar* con los pacientes que las enfermeras reconocen las *distinciones cualitativas* en las situaciones del paciente como base para la personalización del cuidado. Mediante el diálogo y observación la estudiante de enfermería (y el personal de enfermería) aprende a conocer a los pacientes y obtiene de ellos la información necesaria acerca de sus necesidades, respuestas y sentimientos para tomar decisiones respecto a las acciones de cuidado requeridas. Nuevamente, Miriam hace un ejercicio de observación de los patrones de comunicación que mantienen con el paciente. La relación de la estudiante con esta situación es

*transaccional*<sup>97</sup>, es decir, que ella tiene los pies dentro de la situación que está buscando comprender, ella da forma a la situación, conversa con ella y a la vez sus modelos y apreciaciones son también conformados por la situación (Schön, 1998).

Al preguntar a la estudiante respecto a la experiencia vivida con aquel paciente, manifiesta:

*“Miriam: (...) pues, pasaba a ver, es que este señor a mí me da impotencia porque no lo entiendes, me da impotencia porque tú sabes que él te quiere decir algo, pero claro, tampoco sabe leer, no sabe escribir, no puede comunicarse con nosotros y yo el lenguaje de signos, lo siento, pero no lo sé, voy a decir algo por ejemplo: Me acuerdo que su hermana la que estaba con él allí ayer le decía, porque él pedía sus pantalones, que quería su ropa y se quería ir, que se los alcancen que se quería ir, pero claro eso lo fuimos deduciendo a lo largo de la tarde y con la hermana, luego le pusimos la cuña, porque él hacía así [Lleva sus manos al abdomen representando el movimiento del paciente], gestos como apretándose en la barriga y como que tenía ganas de ir al lavabo y cuando estuve con la auxiliar fue el momento ese que le pusimos la cuña, porque parecía que tenía ganas de ir de vientre y la familia me preguntó si él había hecho de vientre estos días, claro, no es mi paciente, yo no lo sé, no lo llevo yo, luego a parte querían saber si (...) había comido y todo eso, y claro, yo no lo sé, entonces fui a la enfermera y, pues, le pregunté que si había comido, y bueno, ya fui otra vez a la familia a decirle que ‘mira que sí que le habían administrado la medicación para que fuese de vientre, pero había que entender que si esta persona no está comiendo’, (...) y la señora me acuerdo que le explicaba al señor y le hacía así gestos, ‘Paco se lo ha llevado’ [lleva sus manos a la boca e imita los gestos de la familiar, luego da un golpe en la mano y gesticula lentamente con su boca] y yo me quedé con los gestos(...)”* (C1, Est Miriam, 4:160)

La estudiante posteriormente se encuentra con el paciente y realiza un ejercicio de *corroboración experimental*<sup>98</sup> (Dewey, 1928), entabla una comunicación no-verbal con él comprobando así las conjeturas e inferencias que ella ha elaborado entorno a la situación, al parecer episodios de desorientación en tiempo y espacio que padecía aquel paciente:

*“(...) y luego por la noche otra vez me volvió a decir: ‘que sus pantalones y sus llaves dónde estaban’, pero con gestos, y yo le decía: ‘Paco se lo ha llevado a’, claro yo le hacía los mismos gestos que la mujer y dice: ‘Ah vale, vale’, porque se le olvida, es*

---

<sup>97</sup> El carácter transaccional de la situación se corresponde a la interacción de la estudiante con las condiciones objetivas de la situación, como también a la transacción intersubjetiva estudiante-persona hospitalizada acorde con los planteamientos de Paterson y Zderad (1979).

<sup>98</sup> “El espíritu adiestrado es aquel que mejor se apodera del grado de observación, formación de ideas, razonamiento y comprobación especial, requerida en todo caso especial y que aprovecha en el pensamiento futuro, las faltas cometidas en el pasado. Lo importante es que el espíritu debe ser sensible a los problemas y hábil en los métodos de ataque y solución” (Dewey, 1928: 133)

*mayor y se le olvida [Nelly: Ah] y a lo mejor tú le dices, ¡ah!, él te lee los labios un poco, y yo me acuerdo que le dije: ‘me lees los labios’ [gesticula la expresión de manera pausada] y me dijo: ‘sí’, entonces yo hablando así lenta, pues, más o menos le voy entendiendo y sino con gestos, pero claro, él tampoco puede hacer muchos gestos porque él está atado (...) difícil porque es un paciente que no es normal en el sentido de que no se puede expresar y comunicar contigo, que otra persona que hable, que tenga sus sentidos, pues bien, y es difícil, y yo cuando estaba ahí con la impotencia de decir: ‘me está diciendo algo y no sé qué es’, (...)]” (C1, Est Miriam, 4:160)*

Miriam retoma otra experiencia vivida en la práctica con una paciente con traqueostomía, con quien la comunicación no-verbal y escrita jugaba un papel muy importante. La estudiante comenta aquí el desarrollo de esa *capacidad perceptiva* de los gestos del paciente e identificación de sus necesidades; en ambas experiencias plantea las situaciones como un caso único y atiende a las peculiaridades de cada una (Schön, 1998). Para Beltrán (2008) las habilidades comunicativas como leer, observar, escuchar, interpretar, hablar y expresar son requisitos ineludibles para la práctica de la enfermería, debido a que en muchos casos la comunicación enfermero-paciente se lleva a cabo bajo circunstancias que ofrecen barreras y distorsiones; pero estas mismas circunstancias llevan a que la comunicación no verbal — mediante el silencio, los gestos, las expresiones faciales, los movimientos, el llanto o por el contacto o el olor— adquiera un lugar preponderante.

En su relato encontramos también esa predisposición a ser sensible a las necesidades del otro/a. El hecho de dar cuenta y atender a las necesidades más prioritarias para cada paciente en un espacio y tiempo determinado podría considerarse como uno de los muchos aprendizajes experienciales del prácticum. Este contacto experiencial es lo que permite a la estudiante progresar hacia el desarrollo de una consciencia situacional:

*“(...) pero igual que otra paciente [Hace referencia a una mujer con ventilación mecánica por traqueostomía] que tenía, pero ésta por lo menos tenía una pizarra que si yo no la entendía, pues ya con la pizarra me lo escribía, **pero ya luego tú desarrollas la capacidad de que te hagan un gesto y tú sepas qué es lo que quieren, a mí me hacía así el otro día (...)** [Miriam imita el gesto de la paciente, con los dedos de su mano, hace la expresión de pinzamiento] y yo decía ‘¿qué es?, ¿Qué quieres, que te apague la tele?’, y me hacía ‘sí’, o me decía [representa señalando con sus manos*

hacia el hemiabdomen inferior], y yo le decía ‘pipi’ y me decía ‘sí’, ¿sabes?, que ya te acostumbras a esa persona, sabes que gestos hace, qué quiere, es de día a día también, yo supongo que este señor si voy entrando cada día a verlo, aunque no sea mi paciente, y hablo con él, pues yo sé que a lo mejor cuando me levante la mano, a lo mejor me está diciendo que le traiga la cuña o cuando me guiña el ojo a lo mejor quiere decir que le ponga la tele. **‘Poco a poco’, ya me lo dijeron las enfermeras que poco a poco y que hay que tener paciencia, y poco a poco, pero a mí me da la impotencia de decir, porque a veces me pongo nerviosa y más encima con este señor que no sabe ni leer, ni escribir, no puede escribir entonces tú no sabes, te vas de la habitación diciendo: ‘¿Qué me estará pidiendo, qué me estará pidiendo?’ (...)** ‘¿Pero qué quiere, qué querrá, qué necesitara?’, (...).” (C1, Est Miriam, 4:160)

La conversación reflexiva que la estudiante mantiene en el interior de la situación es lo que Schön (1998: 126) denomina *reflexión desde la acción*, una conversación que gira en espiral a través de etapas de apreciación, acción y reapreciación.

#### **6.4.4.2 Curiosidad epistemológica.**

El/la estudiante como sujeto partícipe del proceso de conocer en el que se encuentra se hace sujeto de la curiosidad. Una curiosidad necesaria para aprehender lo que se le está enseñando, que le hace recorrer diferentes caminos y senderos. Para Freire (2006a), algunos de esos caminos y senderos que a veces recorre la curiosidad casi virgen de los alumnos están cargados de sugerencias, de preguntas que el educador nunca había percibido antes. La curiosidad mueve al individuo a la creatividad, a expandir sus horizontes, a situarse en un camino de búsquedas, a ser un sujeto vivo históricamente y a dejar huella en su existencia. Esta curiosidad sin perder su estética se hace crítica, y ésta a su vez aproxima al individuo a la curiosidad epistemológica y metódica —a la investigación—<sup>99</sup>. Para Freire (1997a: 20) “Preguntar y responder son caminos constitutivos de la curiosidad”:

---

<sup>99</sup> Freire (1997a, 2006c) elabora tres distinciones de la curiosidad, a saber, *curiosidad ingenua*, como aquella que se presenta en los hechos cotidianos de la existencia humana, le denomina ‘desarmada’, es decir, espontánea, sin rigor metódico; *curiosidad estética* hace referencia a aquella que nos hace parar y admirar la puesta del sol, contemplar el azul del cielo, emocionarnos ante una obra de arte que se centra en la belleza; y *curiosidad epistemológica*, la cual recurre a la curiosidad estética y supera la ingenua, al hacerse más rigurosa metódicamente.

*“(...) yo soy curiosa y yo lo reconozco, y cuando llego donde mis pacientes yo me meto en la historia y, aparte de lo que ponen yo me empiezo a buscar todo, me gusta mirarlo todo, todo lo que tiene, por qué lo tiene, por qué viene, sus antecedentes, todo, entonces es que tengo curiosidad, me pica la curiosidad y digo: ‘este señor tiene una traqueo ¿por qué le han hecho la traqueo?’, y a lo mejor me pone ‘parálisis diafragmática’, y digo: ‘eso es que no le va el diafragma y ¿por qué no le funciona?’, y empiezo ya a buscar, ¿por qué no le funciona el diafragma?, y entonces luego ya sale todo y me gusta.” (C1, Est Miriam, 4:161)*

En los siguientes fragmentos, junto con el anterior, puede vislumbrarse la postura reflexiva-crítica que asume la estudiante al indagar en las situaciones clínicas que se le presentan en el contexto de la práctica clínica, un contexto concreto y a la vez teórico en palabras de Freire:

*En el contexto teórico tomamos distancia del contexto concreto para, objetivándolo, examinar críticamente lo que en él acontece. En el contexto concreto existe la posibilidad de asumir por parte de los sujetos una posición reflexivo-crítica; en él la curiosidad espontánea puede llegar a tornarse epistemológica. (...) El contexto apropiado para el ejercicio de la curiosidad epistemológica es el teórico. Pero lo que hace teórico un contexto no es su espacio sino la postura de la mente. De ahí que podamos convertir un momento del contexto concreto en un momento teórico.*

*Incluso el espacio del contexto teórico no lo hace necesariamente teórico sino a través de la actitud epistemológicamente curiosa con la que trabajamos. (...) (Freire, 1997a: 105-106)*

Una curiosidad que al ser metódica y rigurosa acerca al estudiante a los objetos cognoscibles —o contenidos curriculares de la práctica clínica— y a la experiencia de conocer —o actividad gnoseológica en palabras de Freire (2006b) —:

*“(...) pero yo para eso, para buscar cada cosa me meto en la historia o si no pregunto ‘¿por qué es **GOLD IV**<sup>100</sup> este señor?’, y me lo explican porque este señor tenga la evolución de tanto, ya ha cambiado, ha pasado tal, tiene un cáncer, son factores añadidos y eso es básicamente. (...)*

*Nelly: ¿relacionas el concepto con la clínica del paciente?*

*Miriam: Sí, yo si veo una persona que se ahoga, que cada dos por tres te llama, que no satura bien, que tiene el oxígeno y luego si es hipercapnico, pues qué tengo que hacer si subirle o bajarle el oxígeno, si es hipercapnico menos oxígeno y menos tiempo, y si lo que tiene es un problema de hipoxia pues subirle el oxígeno y puede estar más rato (...) Joan también me explicó, ... y me dijo: ‘tú tienes que experimentar lo que ellos sienten’, y pensaba: ‘¿cómo lo voy a experimentar yo?’, y me dice: ‘tú lo*

---

<sup>100</sup> GOLD (sigla en inglés Iniciativa Global sobre la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EPOC)

*que tienes que hacer es aguantar la respiración’, [hace una inspiración profunda y pone su mano en el tórax] y dice ‘aguantar la respiración, aguantando la respiración, intenta respirar y tú notas aquí como se te colapsa esto’, entonces me dijo: ‘eso es lo que sienten ellos’, entonces claro, yo, cuando los veo y me acuerdo de eso, digo: ‘es que tiene que ser una sensación fatal, es que te ahogas’. (...) hice el ejercicio con él, ahí delante y me dice: ‘¿qué tal?’, y yo: ‘fatal’ porque realmente tú notas aquí como un golpe [señala con su mano en el tórax] y aquí en la garganta como, claro no te pasa el aire, notas presión, (...)’ (C1, Est Miriam, 4:159)*

Aquí puede apreciarse también cómo el/la profesor/a que está por el/la estudiante en lugar de ser un transmisor de conocimientos (discurso bancario), es un generador de curiosidades y de preguntas, forja actitudes investigativas y de experimentación. Siguiendo a Freire (1997a, 1997b), el papel del educador es desafiar la curiosidad ingenua del educando para, con él, compartir la crítica, es así como la práctica educativa se afirma como desveladora de verdades ocultas. Y para ello ha de ser la práctica educativa una experiencia dialógica<sup>101</sup>:

*“Miriam: Voy preguntando o si no yo pregunto, por ejemplo yo al Joan le pregunto: ‘Joan’, por ejemplo tiene una paciente que tiene una traqueotomía y yo no entendía por qué tenía una traqueotomía y le decía: ‘¿un estridor laríngeo?’, yo no sabía lo que era, yo me imaginaba, el estridor es un ruido que hay en los pulmones, hay un ruido que se llama el estridor, las sibilancias, el roncus todo eso, y yo decía: ‘pues será un ruido laríngeo ¿no?’, y claro yo no entendía por qué, y lo buscaba y aunque lo buscaba, pues no salía nada y hasta un día que le pregunté ‘Joan no entiendo ¿por qué esta señora tiene una traqueo por un estridor laríngeo?’, y es que estoy buscando qué es estridor laríngeo y no me sale nada, y ya me explicó que ‘bueno, es que se cierra la tráquea, la laringe, entonces no pasa el aire, que es una estenosis, bueno, y que a ella le han hecho eso porque si en caso de que se le volviese a taponar, a cerrarse’, dice: ‘ella ya no va a tener más esa sensación de ahogo’ y yo: ‘ah, vale, vale’, (...) [Nelly: ya], sí, pregunto, y si no está o no puedo preguntar o no me saben contestar, pues, lo busco yo, que no lo encuentro, pues me lo busco en mi casa y miro ‘a ver qué era esto?’, me apunto en la libreta que tengo y me lo busco y si ya también me quedan dudas, pues cuando vengo y puedo estar con mi enfermero, pues ya se lo pregunto: ‘oye, mira ayer busque esto y no lo entiendo’, y ya me lo explica.” (C1, Est Miriam, 4:162)*

---

<sup>101</sup> “La dialogicidad está llena de curiosidad de inquietud. De respeto mutuo entre los sujetos que dialogan. La dialogicidad supone madurez, aventura de espíritu, seguridad en el preguntar, seriedad en la respuesta. En el clima de dialogicidad el sujeto que pregunta sabe la razón de por qué lo hace. No pregunta por puro preguntar o para dar la impresión, a quien oye, de que está vivo. (...) La experiencia dialógica es fundamental para la construcción de la curiosidad epistemológica.” (Freire, 1997a: 109-110)



Esta curiosidad epistemológica de la estudiante que se evidencia en el anterior relato, hace referencia a lo que Benner et al. (2010) denominan un trabajo de detective (*Detective Work*), central para el desarrollo del razonamiento clínico en transición y la reflexión crítica de la estudiante. Ésta se mantiene de manera situada y comprometida por descubrir las razones de la traqueotomía en la paciente, en un primer momento indaga el significado de los signos que llevaron a la necesidad de dicha intervención, encontrando éstos poco relacionados e inarticulados en la situación clínica. Su inquietud indagadora (Freire, 2006c) le permite descubrir la interrelación del estridor laríngeo con la intervención clínica de la paciente.

Para Freire (2006c), es necesario que el educando mantenga vivo el gusto por la rebeldía que —agudizando su curiosidad y estimulando su capacidad de arriesgarse, de aventurarse—, en cierta forma lo “inmuniza” contra el poder aletargante del “bancarismo”. En este caso, es la fuerza creadora del aprender —de la que forman parte la comparación, la repetición, la comprobación, la duda rebelde, la curiosidad no fácilmente satisfecha—, lo que supera los efectos negativos del falso enseñar (p. 27).

De igual manera, el seminario del prácticum es un contexto que viabiliza el espíritu de la curiosidad epistemológica del estudiante, le estimula al planteamiento de observaciones más focalizadas en su práctica clínica y a investigar la práctica con grupos de control y de variación experimental (Dewey, 1928), tal como se puede apreciar en los siguientes fragmentos tomados de observaciones en el seminario:

*“Aura: “No entendí bien lo de la heridas de las grapas” [Pregunta dirigida a una estudiante extranjera de otro grupo de estudiantes que es supervisado por la profesora Pilar —también asociada—; grupo que para este día fue juntado con el grupo de la Prof. Blanca]*

*Prof. Pilar: En una úlcera por presión no poner yodo porque no cura la úlcera...*

*Est. Grupo B —estudiante extranjera—: ‘No, en una herida de apendicetomía con grapas, en Portugal se hace la curación con SSN 0,9% y no se emplea el yodo (Betadine®)’*

*Carla: “¿Pero con el yodo previenes un poco?”*

*Est. Grupo B: ‘Para las úlceras por presión se aplica Prontosan®, y se irriga’*

*Carla: ‘También se podría estudiar hacer las curaciones con o sin yodo (Betadine®)’*  
[la estudiante hace referencia a estudiar en grupos control el empleo o no del yodo (Betadine®) en las curaciones de heridas quirúrgicas]

*Prof. Pilar: ‘Sí, y a unos hacer la curación cada tanto de tiempo y a otros cada 6 horas, por ejemplo’*

[En el seminario se trae un tema muy interesante sobre el uso o no del yodo (Betadine®) en las curaciones de las heridas quirúrgicas y surge un tema de investigación específico para el cuidado de enfermería]” (OS, Grupo I, 1:116)

*“Aura: “Por la vía proximal va la NTP”*

*Est. de otro grupo: ‘La NTP va por la proximal y la distal, la PVC por la distal, en el Swan Ganz va por la distal’* [surge la duda en el grupo si la NTP se administra por la vía proximal o por la vía distal del catéter venoso central] (...) *“La NTP tiene su luz propia, la proximal”*

*Aura: “Mañana lo pregunto, como mañana vamos por la mañana”* (OS, Grupo I, 1:117)

Algunas cuestiones que me invaden son: ¿cómo profesores clínicos nos-dejamos-sorprender de las sugerencias, preguntas y momentos de curiosidad del estudiante?, ¿Permitimos que lo anterior emerja en la práctica educativa?, ¿nuestra práctica educativa conduce a la curiosidad epistemológica y metódica del estudiante de enfermería, de tal modo que le permita ser un sujeto vivo con/en el mundo y participe transformador del mismo?

#### ***6.4.4.3 Atención operativa e Imitación reflexiva de la estudiante.***

##### ***Atención operativa al establecer prioridades***

Tal como lo mencionan Benner et al. (2010), el establecimiento de prioridades requiere un pensamiento ‘deliberador’ por parte del y de la estudiante, debido a que en un primer momento todas las tareas, peticiones y preocupaciones parecen estar en igual medida. Por tanto, averiguar cuáles son las tareas más urgentes resulta difícil debido a que aún no ha aprendido a ver el panorama general (*the big picture*) y no ha adquirido el sentido tácito de saliencia que hace que algunas cosas destaquen como más o menos importantes:

*“(…) priorizar, siempre hacíamos lo que él iba diciendo, pues, me decía: ‘hacemos esto, no sé qué, y mientras tanto’, ‘vale’, y claro, al dejarme la responsabilidad a mí,*

*me lo tuve que pensar muy bien y luego a la hora de ir repartiendo, pues, lo mismo, pensar ‘¿qué haría él?’, como lógica y, ‘¿qué puede ser lo mejor?’, en ese caso lo mejor era retirar la sonda porque así podíamos valorar la micción espontánea dentro de nuestro turno, (...)” (C1, Est Irene, 4:11)*

La deliberación que la estudiante realiza en el momento de establecer prioridades deja entrever el estado de atención operativa que mantiene durante su práctica clínica, es decir, aquella disposición especial para trasladar lo que escucha a la acción, disposición que como se verá en los siguientes fragmentos muestran la extraordinaria complejidad del proceso reflexivo de la estudiante: prestar atención a las descripciones y/o demostraciones del tutor, captar y retener lo que considera necesario aprender de las descripciones y/o demostraciones de aspectos del cuidado que hace el tutor, hacer una indagación y deliberación de las descripciones que ha escuchado, y, tomar decisiones priorizando tal como ha escuchado y observado hacer al tutor. La estudiante hace un proceso de construcción selectiva de las cosas esenciales y no esenciales, que luego traslada a su propia ejecución (Schön, 1992: 106):

*“(...) pero eso había pasado 3 días antes a lo mejor, y él a mí me había explicado eso, entonces yo como retengo lo que, intento retener el máximo de información posible, pues luego busco entre ella, entre toda la información y decido qué es lo que me ha enseñado él que va primero, (...), entonces pues eso, sólo recordar cuál es el momento para hacer cada cosa, ir pensando, la lógica que a veces falla pero hay que activarla.” (C1, Est Irene, 4:11)*

*"Nelly: ¿qué crees que te facilita o que contribuya a que tú puedas retener lo que él te va diciendo?"*

*Irene: ¡Uy!, estar al cien por cien, con las orejas así [lleva sus dos manos hacia sus orejas, cada una puesta detrás de cada oreja y hace un sutil movimiento de las manos llevando las orejas hacia adelante] y el cerebro trabajando todo el rato porque si te pierdes dos segundos ya has perdido el hilo de lo que te está explicando, entonces intentar captar, que claro, no lo puedo captar todo, y a veces lo capto y luego no lo retengo y, le tengo que preguntar: ‘¿y esto cómo se llamaba?’ o él me pregunta: ‘¿y esto?’, y yo ‘¡Ay!, pues no me acuerdo’, pero intentar captar al máximo porque así luego todo se puede usar.*

*Nelly: ¿Y cuándo digamos no recuerdas algo?"*

*Irene: Se lo pregunto, si él me ha preguntado y no me acuerdo le digo: ‘no me acuerdo’, y me lo recuerda y ya no me olvidó, y si directamente le voy a preguntar yo algo que no me acuerdo, pues le digo: ‘¿cómo se llamaba esto que no me acuerdo?’, no pasa nada, a ver, es lo que siempre me dice él ‘que estamos aprendiendo que si no para que vengo’, y él me dijo: desde el principio me dijo: ‘si algo no lo sabes me*

*dices, pues no lo sé y ya está', claro, eso es relativo si me explica una cosa cuatro veces y luego me pregunta: '¿cómo se hace eso?' y no lo sé, pues eso ya es, pero no, me refiero a un nombre o alguna cosa."* (C1, Est Irene, 4:8)

Es así que el *hacer* de la estudiante se presenta deliberado y razonado e inteligente (Bárcena, 1994). La estudiante hace una deliberación de las actividades a realizar, prioriza y organiza las actividades de cuidado, toma las decisiones de manera razonada:

*"Irene: "ahora voy a hacer los lavados del Pig tail, te recuerdas lo que te comenté ayer"*

*Nelly: "sí, lo de lavar y no recuperar"*

*Irene: "eso voy a hacer, lo de la PVC puede esperar"* [Procede a llenar la jeringa de 10cc con SSN 0,9% e introducir en el drenaje Pig tail el suero de lavado.]

*(...) "Continúa retirando la jeringa del lavado del Pig tail y dice en voz alta:*

*"Bueno voy a retirar lo de la PVC ya que no me han llamado [el enfermero previamente le ha indicado que la llamaría para el lavado de sonda gástrica y curación al paciente de la habitación 16, una vez que éste hubiese terminado la higiene del paciente]"* (O5 PA, Est Irene, 3:54)

### ***La Anticipación: una conversación reflexiva de la estudiante en el interior de la acción***

De acuerdo con Benner et al. (2010), la educación de enfermería se distingue de otras profesiones en su énfasis en la práctica clínica, en saber qué, cómo y cuándo. Los educadores de enfermería hacen hincapié en la importancia de que los estudiantes entiendan las razones de sus acciones y el siguiente nivel de experiencia: saber cómo ejecutar todos los pasos necesarios para la acción. Para ejecutar una acción en una situación dada de atención al paciente, la enfermera debe tener un conocimiento fluido de la información médica relevante y ser capaz de traducir éste en conocimiento práctico (p. 54). El saber cómo ejecutar los pasos necesarios para la acción es otro de los aprendizajes experienciales y situados que el estudiante adquiere durante su práctica clínica, en este saber se entremezcla el ver y hacer como ella ha visto en su tutor/a clínico/a. En palabras de Schön (1992), la habilidad de la estudiante para hacer lo que ve hacer a otra persona, le faculta para reproducir elementos de una actividad cuyo significado aún no

entiende. Cuando ejecuta estas actividades, las experimenta sintiendo cómo son y descubriendo en ellas, mediante la reflexión, significados que no había sospechado anteriormente:

*“Pues, el primer pensamiento es organización, primero pienso 'a ver Sonia por pasos, ¿qué materiales necesitas?’, y a la hora de hacer el procedimiento una cosa interesante, bueno, curiosa que me pasa es que me acuerdo de la persona que me enseñó aquello, si fue un buen, una buena enseñanza porque la gasometría arterial siempre me acuerdo de Joan, siempre porque fue de las primeras cosas que me enseñó y me las enseñó súper bien y me acuerdo que me dejó hacerla incluso el primer día que entré a planta, me dejó hacer una gasometría y eso me dejó como impactada, y ahora cuando hago una gasometría me acuerdo de él diciéndome: 'coge el material, prepáralo tal', entonces un poco eso intento cada cosa que hago pensar '¿qué me enseñaron, qué fue lo que me enseñaron?’, coge lo que es y eso.” (E, Est Sonia, 4:145)*

Puede apreciarse aquí que la estudiante adopta una disposición mental que le permite prestar atención a las descripciones y/o demostraciones del tutor clínico, y, al ejecutar el procedimiento aprende de manera significativa.

Para Benner et al. (2010), aprender haciendo extiende el alcance imaginativo del y de la estudiante, es decir, el desarrollo de su capacidad para evaluar a sus pacientes como se presentan físicamente y anticiparse al próximo paso en su cuidado (p. 133). Lo que favorece a la interiorización y desarrollo de su conocimiento práctico, de modo tal que retoma las descripciones y/o demostraciones del tutor que ha visto y oído y reconstruye la acción en posteriores ejecuciones seleccionando, repasando la información que ha considerado esencial de la enseñanza del tutor:

*“(…) cuando estoy con él [enfermero] es como que me confío un poco más, en cambio, cuando estoy sola es como todo el rato pensando, ¿qué tengo que hacer?, siguiente paso y es un ejercicio, bueno, para asimilarlo todo.” (C1, Est Irene, 4:5)*

*“Nelly: ¿Vas repasando lo pasos, cómo haces este proceso?  
Irene: ¡Claro!, cuando estoy con él no me pasa tanto porque si él me pregunta: ‘¿qué necesitamos ya?’, a veces pasa que me bloqueo, miro el carro y digo: ‘vale, esto’, y vuelvo, repaso en mi memoria lo que he utilizado las veces anteriores, en cambio cuando estoy sola me puedo concentrar más, pero hago lo mismo, repaso, ‘vale, esto, esto’, y voy haciendo. Lo que hago mucho es como tener conversaciones conmigo misma, lo que hablaría con él por ejemplo, ‘pues voy a coger esto’, pues me lo digo a*

*mí y me lo voy repitiendo, se me va quedando y es más fácil así no me salto ningún paso y hago eso.*

*Nelly: ¿Ayer cuando estabas haciendo el cambio de la bolsa de la nutrición parenteral estabas haciendo esto? [Obs. 26/10/2011]*

*Irene: ¡Claro! por ejemplo también como estabas tú, también me va muy bien porque lo digo en voz alta y es como que, al repetirlo, se me queda y lo voy explicando, porque claro si estoy sola, pues lo digo a mí misma, no voy hablando, pero al estar tú es como, te explico lo que hago, así cada vez ya no tengo que pensar tanto al hacerlo, entonces el día que venga la profesora a evaluarme, pues ya tendré todo ese ejercicio hecho y será más fácil hacerlo sin que me salte ningún paso, pero si hago eso.” (C1, Est Irene, 4:6)*

Tal como la estudiante expresa, lo que ella hace en el interior de la acción es tener conversaciones reflexivas consigo misma, *repasa en su memoria las experiencias anteriores*, los materiales que ha empleado en éstas, los pasos o diversas posibilidades de acción previos que ha realizado u observado de ella o de su tutor; realiza el acto de *pensar y repetirse a sí misma el procedimiento* en conversación reflexiva consigo misma; mantiene un estado de atención operativa que le permite trasladar a la acción, haciendo aquello que ella ha visto u oído; y, se *anticipa de manera reflexiva a los pasos del procedimiento*. La atención operativa que la estudiante mantiene en el interior de la acción, le lleva a ***hacer una conversación reflexiva en la acción donde enlaza las experiencias previas, la situación presente y se anticipa al paso siguiente:***

*“Siempre la memoria de las veces anteriores, siempre pienso: ‘a ver’, y como también me anticipo a los pasos, digo: ‘vale, si el siguiente paso se hace esto, necesito eso’, entonces voy a coger eso y ‘vale para hacer esto necesitare esto, pues yo que sé, para conectar eso, pues tengo que tener las pinzas a mano, cualquier cosa’ y ya me voy avanzando, me voy adelantando y ya todo va seguido en principio.*

*Nelly: Como que haces un proceso de conversación contigo misma, de irte anticipando al procedimiento, [Irene: Exacto] al paso que vas a hacer y así vas percatándote del material que te puede estar faltando.*

*Irene: Sí, siempre anticipar un poco para que luego no, que a veces me pasa, bueno, siempre me olvido algo, pero bueno supongo que a base de repetirlo pues cada vez me olvidaré de menos cosas, y me saldrá más rodado todo.” (C1, Est Irene, 4:6)*

A medida que repite no sólo las acciones constitutivas, sino también las reflexiones en la acción, puede que la estudiante descubra en algún punto que ha interiorizado la ejecución (Schön, 1992).

En la siguiente observación se evidencia esos momentos de anticipación o de “insight” de la estudiante, que la llevan a hacer una pausa, visualizar en el interior de su ejecución lo que podría suceder (trae aquí su saber experiencial<sup>102</sup> y lo que ha visto u oído del decir y demostrar del tutor), y, establecer alternativas para prevenir posibles complicaciones de la ejecución. Aquí, la atención operativa, anticipación e imitación reflexiva de la estudiante suceden no como instancias inconexas y fragmentadas o como tres procesos diferenciados entre sí, todo lo contrario, se presentan como cualidades propias e intrincadas en el saber hacer:

*“El enfermero le indica a Irene realizar un lavado a la sonda vesical al sr. Jairo [al parecer sospechan que se encuentra obstruida], le explica los pasos del procedimiento, la estudiante escucha de manera atenta las instrucciones de Jordi. (...) Irene prepara el material para hacer el lavado a la sonda vesical y lo ubica sobre el carro de curas con el material que precisa.*

*18:20h. (...) Una vez en el interior de la habitación, la estudiante le explica al sr. Jairo el procedimiento que le realizará, los familiares han salido previamente. El señor se muestra colaborador.*

*La estudiante procede a poner sobre la mesa el campo estéril, gasas, un frasco de suero fisiológico de 250cc para irrigación, una jeringa de 50cc y una sonda Nélaton. Le dice al paciente: “parece más aparatoso de lo que en verdad es” [con un gesto empático y una tenue sonrisa]. La estudiante me pregunta si le colaboro en algo, le respondo ‘como prefieras’. **Habla en voz alta y me explica: “como sé que estás aquí pues no le voy a retirar la bata todavía, luego tú me la retiras” (...)**” (O11 PA, Est Irene, 3:89)*

La estudiante en este gesto mínimo cuida la intimidad del paciente, en el acto toma la decisión de no levantar la bata y dejar expuesto/descubierto a aquel hombre mientras ella se dirige a realizarse el lavado de manos:

---

<sup>102</sup> El saber experiencial del/de la estudiante es un sustrato para la continuidad de su formación como enfermera/o. Un saber que trae el/la estudiante a la práctica clínica, su historia de vida, ‘su mochila experiencial’. Algunos/as estudiantes traían a su práctica clínica un bagaje experiencial como cuidadores. Una práctica pedagógica centrada en el/la estudiante permite reconocer aquello que traen, sus cualidades, virtudes, valores y rasgos propios como cuidadores, presentes en la singularidad de cada estudiante, permite ser espejo para que los estudiantes aprecien estos saberes que traen, permite darles nombre y elaborar significados en torno a este saber que trae el estudiante para su futura práctica profesional.

*“Luego se dirige fuera de la habitación para hacer el lavado de sus manos, junto con una gasa estéril. Al cabo de un momento llega la estudiante con sus manos lavadas y se pone los guantes estériles que ha dejado preparados. Procedo a levantar la bata hacia el abdomen del paciente.*

*En aquel instante cuando la estudiante, ya con sus guantes estériles, se dirige a hacer el procedimiento, observa los materiales, hace una pausa y seguidamente me solicita que le alcance el empapador [el cual no se encuentra en los materiales que ha alistado] para ponerlo debajo de la conexión de la sonda vesical a la bolsa del Urimeter [sistema de bolsa recolectora de orina] y así no manchar la cama de diuresis al momento de desconectar la sonda vesical de la bolsa del Urimeter. (...)*

*Luego de terminado el procedimiento, al salir de la habitación, le pregunto a la estudiante:*

*Nelly: “¿Qué te llevo a pedirme el empapador?”*

*Est Irene: “Bueno, porque visualicé lo que podía suceder en aquel momento, que podría al momento de desconectar la sonda vesical manchar la cama, y ahí, si la hubiera liado, entonces para prevenir que me pasará eso, te pedí el empapador, fue básicamente para eso, para prevenir, manchar la cama, si no luego tendríamos que cambiarla, y ¡uf! (...)” (O11 PA, Est Irene, 3:89)*

Para Bárcena (1994), uno de los rasgos centrales de una práctica inteligente lo constituye la capacidad de anticipación, o dicho con otros términos, la capacidad para salir airoso de situaciones imprevistas (p. 133). De ahí que, el estudiante necesite ser iniciado en un aprendizaje anticipatorio y en una preparación para lo impredecible, acompañados de una actitud ética siguiendo a este autor.

### ***Imitación reflexiva***

En la siguiente observación Irene observa, escucha y mantiene una atención operativa al decir y en las demostraciones que Jordi le proporciona al momento de enseñar el cambio de bolsa de NTP. La estudiante capta lo que ella cree que necesita aprender de las demostraciones (y del decir) de aspectos del cuidado que hace el tutor, adquiriendo así capacidad para imitar. Para Schön (1992), cuando en una práctica de tutoría se coordina el demostrar y el imitar, el decir y el escuchar, cada proceso constitutivo llena vacíos de significados inherentes al otro. Las



demostraciones y autodescripciones, las comparaciones del proceso y del producto, proporcionan el material para la mutua reflexión en la acción (p. 113):

*[Situación pedagógica 8] “(...) La estudiante verifica que el nombre del paciente coincida con el nombre que aparece en la bolsa de NTP, luego de que el enfermero Jordi le recordara esta precaución 'siempre tú verifica lo que es el paciente', clampea la conexión de la bolsa de NTP que se está infundiendo. Seguidamente la estudiante sale de la habitación para el lavado estéril de sus manos, el enfermero antes de salir le acerca un paquete de gasas, necesario para el secado de sus manos una vez haya terminado de lavarlas. Pregunto al enfermero sobre el material que no conozco. Al cabo de un momento la estudiante ingresa en la habitación tras el lavado de sus manos, trae éstas a la altura de su tórax y procura no tocar nada con ellas hasta que llega al carro de curas y se coloca los guantes estériles. El enfermero pone la bomba de infusión de la NTP en pausa, indicándole que también puede pausar ella la bomba estando con los guantes estériles con una gasa estéril. [Le da otra posibilidad de acción] La estudiante coge en cada mano una gasa impregnada de alcohol, con éstas desconecta el equipo de infusión de NTP de la bolsa de NTP, desinfecta el equipo y la conexión de la bolsa nueva de NTP, conecta el equipo a la bolsa, seguidamente cubre con gasas impregnadas de clorhexidina y protege con Fixomull. Una vez terminado esto, programa la bomba de infusión con el goteo de infusión de la NTP y el volumen a infundir. Cuantifica el volumen no infundido de la anterior bolsa de NTP. (...)” (O3 PA, Est Irene, 3:38)*

Seguidamente el enfermero permite que la estudiante realice el procedimiento de manera autónoma, una vez que ha observado a la estudiante realizar el procedimiento junto con él y que le ha proporcionado los elementos fundamentales del procedimiento:

*“(...) Luego Jordi le dice: 'bueno, el otro cambio de bolsa de NTP la vas a hacer tú, yo me voy y la haces tú sola ¿Qué te parece?' (...)” (O3 PA, Est Irene, 3:38)*

Para Schön (1992), imitar es, en cierto modo, experimentar, ya que, si quiere “seguir”, el estudiante debe construir en su propia ejecución aquello que él ejecuta como rasgos esenciales de la demostración del tutor (p. 193). De ahí que considere que la imitación reflexiva tiene un carácter *exploratorio*:

*“(...) El enfermero Jordi se retira de la habitación. Irene y yo nos quedamos allí. Irene comienza con la preparación del material para el otro cambio de bolsa de NTP. Prepara el equipo, la observo más segura, coloca el campo estéril sobre el sillón — debido a que la mesa del paciente se encuentra ocupada con objetos del paciente y el*

*carro de curaciones por el estrecho espacio que hay al fondo de la habitación no puede llegar hasta allí—, en él las gasas y los guantes, impregna las gasas con la clorhexidina y el alcohol. La observo segura al momento de alistar el material, entreveo cierta rubicundez en sus mejillas que por el tapabocas no alcanzo a visualizar en su totalidad, aprecio su mirada atenta y emotiva por la situación, pensando y preguntándose por lo que está haciendo, en voz alta me explica sobre el material que prepara, la realización del procedimiento y también el planteamiento de preguntas que se hace a sí misma sobre el próximo paso que ha de tener en cuenta. (...)*” (O3 PA, Est Irene, 3:38)

Para Schön (1992), la reconstrucción por imitación de una acción observada es un tipo de solución de problemas que puede tomar la forma de diferenciaciones sucesivas de un procedimiento global (es decir, las semejanzas y diferencias entre el procedimiento original y la copia que la estudiante hace de ello) o de aprender a engarzar acciones/pasos constituyentes del procedimiento. El proceso de construcción es, no obstante, una forma de reflexión en la acción, una indagación sobre la marcha en la que la estudiante construye y comprueba, en su propia acción, las características esenciales de la que acaba de observar, tiene acceso a observaciones tanto del proceso (en este caso, el cambio de bolsa de NTP) como del producto (la administración de la nutrición parenteral al paciente), y puede dar prioridad a una de ellas o a ambas a la vez. La estudiante puede coordinar las dos estrategias de imitación: reproducir un proceso (en este caso, el procedimiento del cambio de bolsa de NTP) y copiar su producto (la administración de la nutrición parenteral al paciente). Puede utilizar una como comprobación de la otra, juzgando que finalmente ha dado en el clavo cuando, por ejemplo, detecta en su propia acción algo que se ajusta al proceso que ha observado, y en sus propios resultados, algo que se ajusta al producto original. En este punto, puede intentar hacerlo de nuevo, dirigiendo ahora su esfuerzo de imitación a su propia acción recién finalizada. Progresa desde la imitación del otro a la imitación de sí mismo (Schön, 1992: 106- 108):

*[Situación pedagógica 9] “15:15h. (...) Irene prepara el material necesario para el cambio de la bolsa de NTP [2ª. vez que lo realiza ella de manera independiente y sin ser observada por el enfermero]. Coloca el campo estéril en el sillón del paciente, allí pone las gasa con la clorhexidina, alista los guantes, se pone el tapabocas, cuelga la*

*nueva bolsa de NTP en el atril, procede a retirar la gasa colocada en farmacia en la vía por donde se administra la NTP a bolsa, clampea la bolsa de NTP a retirar. Mientras prepara el material y mientras va haciendo el procedimiento va hablando en voz alta. Observa que le ha faltado la gasa con alcohol y la prepara. Al parecer la estudiante va haciendo un repaso mental del procedimiento a realizar y a partir de allí observa qué tipo de material le ha faltado y qué pasó a seguir. Observo que no ha puesto la bomba en pausa y le pregunto por ello.*

*Nelly: “¿la bomba la pones en pausa?”*

*Irene: “Bueno sí, la puedo poner ahora mismo, lo que pasa es que me pitará, o también la puedo poner luego cuando tenga los guantes estériles y la pauso con una gasa.” [El enfermero en un momento previo de la práctica le ha dado estas dos posibilidades de acción]*

*Realiza el procedimiento siguiendo los pasos que ya el enfermero Jordi le ha enseñado, intentando mantener una técnica aséptica, realiza el lavado de manos fuera de la habitación, llevando la gasa necesaria, usa guantes estériles, desinfecta las conexiones, tanto del equipo de NTP como el de la conexión a la bolsa de NTP, realiza la conexión, luego coloca las gasas con clorhexidina alrededor de la conexión y cubre con el Fixomull. Observo a la estudiante más segura, atenta y observadora a lo que está realizando, me pide que le acerque el sillón del paciente para tener más cerca las gasas y el material que hay en el campo estéril.*

*Posteriormente programa la bomba de NTP a menor ritmo de goteo, me comenta que a las 17 h le pondrá el goteo prescrito —112cc/hora— y también le programa el volumen a infundir 1400cc) Le pregunto:*

*Nelly: “¿Por qué le pones menos volumen en la bomba?”*

*Irene: “Para que no pite antes de que cambiemos la bolsa”*

*(Continúa retirando el material utilizado para el cambio de NTP)” (O5 PA, Est Irene, 3:54)*

Para Schön (1992), la estudiante ahora está en condiciones de reflexionar acerca de su propio proceso, preguntando qué reglas, operaciones y conocimientos ha desarrollado y comparándolos con las primeras descripciones de Jordi. Puede reflexionar sobre su propio producto recién obtenido, comparándolo con el de Jordi, preguntándose si lo ha “conseguido” y qué ha obtenido. A medida que repite este proceso, no sólo las acciones constitutivas sino también las reflexiones en la acción, puede que descubra en algún punto que ha interiorizado la ejecución. Lo que empezó como una reconstrucción por imitación de la acción de Jordi, lo experimenta ahora como algo propio de ella, un elemento nuevo de su propio repertorio disponible para su utilización, por medio del ver-como y el hacer-como, en la próxima situación de cuidado. Lo que Irene aprende en este proceso depende del contenido y de la calidad de su reflexión en la acción. Cualquiera

cosa que aprenda, lo revelará en sus posteriores procedimientos, creando un nuevo objeto posible de reflexión.

Al estudiante se le pide que adopte una postura de imitación reflexiva:

*A través de la imitación reflexiva, trata de introducir en la ejecución de sus propias acciones aquellos rasgos característicos que ha visto en la demostración de su tutor. Improvisa, también, sobre la marcha, experimentos espontáneos que le sirven para descubrir y verificar lo que el tutor puede estar tratando de comunicarle. Y, para hacer todo esto, el alumno adopta un determinado tipo de actitud; la de responsabilizarse por formarse a sí mismo en aquello que necesita aprender y, al mismo tiempo, mantenerse dispuesto a recibir la ayuda del tutor. (Schön, 1992: 151)*

Algunas cuestiones que planteo son: ¿Cómo la estudiante de enfermería hace ese proceso de construcción selectiva de las cosas esenciales y no esenciales de las demostraciones y descripciones de aspectos del cuidado que hace el tutor?, ¿Qué ayuda a la estudiante a seleccionar aquella información esencial de las demostraciones y descripciones que realiza el tutor/a?, ¿En nuestra práctica como docentes clínicos prestamos atención a cómo la/el estudiante progresa de la imitación del otro a la imitación de sí mismo?

#### **6.4.5 La administración de medicamentos: momento didáctico-creativo para la interrelación entre fisiopatología y tratamiento farmacológico.**

Los momentos de la preparación de los medicamentos que se van a administrar a las personas hospitalizadas son un lugar propicio para la interrogación didáctica y para poner en juego otras estrategias creativo-didácticas. En este fragmento se evidencia cómo el enfermero Jordi aprovecha este momento para preguntar a la estudiante sobre el por qué y para qué de la administración de un medicamento, emplea una *pregunta reflexiva pura*:

*[Situación pedagógica 10] “Jordi: ‘El bicarbonato para esta paciente, para qué se lo vamos a poner’  
[La estudiante se torna dubitativa](...)” (O12 PA, Est Irene, 3:94)*

El enfermero mantiene un estado de atención flotante, que le permite percibir la duda de la estudiante. Así que decide, en un impulso creativo, repasar el equilibrio ácido-base, para ello emplea como estrategia dibujos y esquemas, acompañada de *preguntas indagadoras*:

*"(...) El enfermero dice: "¡a ver!, repasemos el equilibrio ácido-base, clase rápida. [Da la vuelta a su hoja del parte, la ubica sobre el carro de medicamentos, por la cara de la hoja que está en blanco comienza a escribir a medida que va explicando sobre el equilibrio ácido-base a modo de esquema realiza círculos resaltando la información relevante y flechas para conectar] "¿Cuál es el valor del pH?"*

*Irene: "7,35- 7,45"*

*Jordi: "Perfecto [registra los valores en la hoja y continúa diciendo y escribiendo], sí el pH es menor a 7,35 es ácido y si es mayor a 7,45 es básico. ¿El pH ácido qué produce?"*

*Irene: "El CO<sub>2</sub>"*

*Jordi: "Un truco, el valor de CO<sub>2</sub> es de 35-45 [coge los valores decimales del pH y los relaciona con una línea con el valor del CO<sub>2</sub>]. La acidosis se regula con la respiración y con el sistema renal. ¿Y el riñón con qué juega?, [pregunta retórica] con el bicarbonato cuyo valor es de 22-26 [lo escribe en la hoja], por lo tanto, esta paciente sí tiene el pH ácido ¿qué pasa?" (OPA, Est Irene, 3:94)*

Esta última pregunta, junto con las siguiente y la hipótesis de comprensión de la estudiante, le llevan a decidirse a explicar de otra manera el equilibrio ácido-base. La estudiante en ese momento mantiene un estado de atención operativa e intenta descifrar la información que se le presenta como abstracta, aún no logra interrelacionar el pH ácido con la administración de bicarbonato para la paciente:

*"(...) Jordi: "¿El bicarbonato que es ácido o alcalino? (...) Si el bicarbonato baja (gráfica con flecha hacia abajo) el pH baja. Y si el CO<sub>2</sub> baja."*

*Irene: "A ver, si el CO<sub>2</sub> está alto es acidosis"*

*[Hay cierta duda en la respuesta de la estudiante, el enfermero comienza a escribir en la hoja y explica, al parecer, de otra manera]" (OPA, Est Irene, 3:94)*

El enfermero en el uso de los esquemas emplea trucos nemotécnicos que le permitan a la estudiante interrelacionar los valores del pH, del HCO<sub>3</sub> y del CO<sub>2</sub> con los de los electrolitos; además hace uso de metáforas para explicar el equilibrio ácido-base con el gas que sale de los coches y su dirección, de este modo el enfermero hace conexiones e "intenta recrear la situación

de la práctica de forma que se presente más real y accesible para el estudiante" (Rodríguez, 2012: 329):

*"Jordi: "Si el CO<sub>2</sub> que es ácido aumenta, el pH baja. Y si el bicarbonato que es alcalino aumenta, el pH aumenta. [Registra otros valores de electrolitos, como el del Na: 135-145, el del K: 3,5 - 4,5 el de O<sub>2</sub>: 80 - 100%]. Mira, el truco está en que tienen estos valores los electrolitos [relaciona nuevamente los valores decimales del pH con los valores de los electrolitos y se los muestra] Si sabes estos valores y cómo se relacionan, sabrás interpretar unos gases arteriales. El juego es éste, si el pH baja es ácido y si el pH es alto, es básico [se desplaza la enfermera Elsa con su silla a prestar atención a la explicación]. Tú imagínate los coches, que les sale gas y es ácido y está abajo, o sea el infierno. Si el CO<sub>2</sub> es alto, pH baja y hay acidosis, y si el HCO<sub>3</sub> sube, el pH sube [gráfica con flechas]. Tú imagínate que se está haciendo retención de CO<sub>2</sub>, hay acidificación ¿qué hace el riñón?, aumenta el bicarbonato. Riñón y pulmón siempre compensa. Si el bicarbonato baja, ¿qué pasa?"*

*Irene: "Aumenta el..."*

*Jordi: "Hiperventilarás, para compensar, siempre están el juego riñón-pulmón."*

*Jordi: "Ahora, ¿por qué crees que puede ser usado el HCO<sub>3</sub> en esta paciente?" (OPA, Est Irene, 3:94)*

Después de la revisión del equilibrio ácido-base, el enfermero sitúa a la estudiante en el interior de la situación clínica del paciente, vuelve con la pregunta socrática planteada al comienzo y que orientó este momento de interrogación didáctica. La estudiante que se ha mantenido en un estado de atención operativa, le muestra al enfermero la hipótesis de comprensión que ha sacado en limpio:

*"(...) Irene: "el bicarbonato alcaliniza, para el tema respiratorio, para alcalinizar el pH"*

*Jordi: "Cuando entra el riñón en juego hay o acidosis o alcalosis metabólica."*

[Una vez terminada la explicación, la estudiante me comenta que ha llegado Blanca, ella está hablando con Sonia. Luego sale el enfermero del espacio debido a que ha llegado Blanca. Se van juntos a la evaluación de la estudiante.]

*Enf. Elsa: "¿Entonces el HCO<sub>3</sub> alcaliniza?"*

*Irene: "El HCO<sub>3</sub> alcaliniza" [lo mira en hojas y repasan los valores]*

*(...)Después del momento de la merienda. A eso de las 19:30 fue el momento en que pude preguntar al enfermero.*

*Nelly: ¿por qué has explicado lo del equilibrio ácido-base?*

*Jordi: 'porque la he visto dudosa y he aprovechado para explicarle, lo que ha de tener en cuenta.*

*Nelly: ¿y lo de la analogía con el coche?*

*Jordi: 'Busco que relacione, que lo que sale por el tubo del coche es gas, que éste es ácido, entonces era para que relacione, que si sube el CO<sub>2</sub>, se acidifica el pH, es una estrategia para que lo recuerde, para que lo memorice y se haga una imagen.*

*Nelly: ¿y lo de los valores, lo que hiciste con los decimales del pH 35 y 45?*

*Jordi: Es una regla nemotécnica para que memorice, para que lo relacione y para que se acuerde.*

*Nelly: ¿Hubo un momento de confusión?*

*Jordi: “no, bueno de duda, pero se lo explico para que lo recuerde y se haga una imagen” (OPA, Est Irene, 3:95)*

Por otro lado, la estudiante sabe que puede preguntarle al enfermero, existe una relación de confianza en la cual ella no se va a sentir juzgada por su no-saber y ha sido previamente autorizada por su tutor para preguntar y no-saber:

*"Irene: ¿y por qué lleva glucosado?" (...) (O8 PA, Est Irene, 3:78)*

#### **6.4.6 El seminario del prácticum hospitalario. Espacio estructural para la integración y construcción del razonamiento clínico.**

En la siguiente observación en el seminario del prácticum, puede evidenciarse cómo la presentación de los casos clínicos es una oportunidad para la integración de la enseñanza de la práctica clínica y la enseñanza del aula; es también un espacio que facilita la interrelación de los datos y la construcción del razonamiento clínico en el/la estudiante:

*“(Video VTS01-1 15’-17’54”) Blanca: “Una cosa ¿la dificultad para respirar, la tenía en su casa?”*

*Carla: “Sí, pero es que eso no sabía cómo ponerlo”*

*Prof. Blanca: “Una dificultad, cómo era esa dificultad, qué sería ¿disnea?*

*Carla: ‘él lo que le pasaba, luego en las actividades lo he puesto, pero en la valoración no sabía dónde ponerlo, él me dijo que depende del ambiente que hiciera, a veces cuando hacía mucha humedad pues le costaba respirar y que a veces él, porque a él le daba la gana, se chupaba el Ventolin<sup>®</sup>, esto que te aconsejan, pues podrías ponerte Ventolin<sup>®</sup>, entonces se chupaba Ventolin<sup>®</sup>, pero no lo tenía ni prescrito ni nada, pero eso que cuando el ambiente estaba muy húmedo, cuando le pregunté si tenía, él me dijo que respiraba bien, pero cuando le pregunté lo de, [mira sus papeles]. Eh... aquí, la valoración del entorno donde vive y lo que le dificultaba la respiración, entonces fue cuando me dijo que era cuando estaba así.*

*Blanca: Vale, entonces ahí básicamente podemos hablar de disnea, la dificultad respiratoria que significa esa sensación subjetiva que el paciente te describe que tú no lo puedes medir objetivamente, que es la disnea, entonces la disnea, tiene una clasificación de varios grados, entonces tienes que valorar qué grado de disnea él presentaba, aquí parece ser que sería a grandes esfuerzos, básicamente, porque no era para las actividades básicas, o en momentos concretos, o a determinados*

*esfuerzos, hay una escala de clasificación de la disnea, es la escala GOLD que te clasifica los grados de disnea. Hay una guía de todas maneras en la intranet del ICS del EPOC, que vienen los grados de disnea. Entonces te puede servir a veces según lo que el paciente te dice. Tú puedes coger esa escala y preguntarle ¿usted que presentaba? y ¿esa dificultad era para vestirse o desvestirse? o ¿para actividades de la vida diaria?, porque así lo puedes clasificar un poco mejor, si le creaba realmente una dependencia, porque si era muy ocasional, igual como dato a considerar es suficiente, y si no a lo mejor sí que tiene una dependencia, porque sí que le repercutía en su vida habitual. ¿Vale?*

*Carla: ¡Vale!*” (OS, Grupo I, Est Carla, 1:196)

En la anterior situación, por la etapa de formación en la que se encuentra la estudiante, es evidente la dificultad que presenta al preguntar al paciente respecto a la dificultad respiratoria que éste manifestaba, lo que la lleva a tomar el dato de manera inarticulada y descontextualizada. Se queda con los factores externos que pueden estar desencadenando en el paciente dicha dificultad respiratoria —como es el ambiente húmedo—, pero no profundiza en la valoración respecto al grado de dificultad que presentaba y su repercusión en las actividades de la vida diaria y si podría estar cursando algún problema respiratorio. La profesora con un lenguaje profesional habla sobre disnea para referirse a la dificultad respiratoria, plantea al grupo de estudiantes el grado de aquella que presenta el paciente con los respectivos argumentos, explica los recursos o fuentes de información que pueden consultar, y les presenta ejemplos de preguntas que pueden emplear para indagar sobre el grado de disnea del paciente.

Al presentar el episodio a la profesora y preguntarle respecto a la intencionalidad pedagógica de la anterior intervención, se pone de relieve su intención de mostrar a la estudiante la interrelación de los datos obtenidos en la valoración y exploración física del paciente, de interrogar los datos que éste les da como flash —“*algo tiene que haber detrás de ahí (...) le tendría que haber hecho sospechar algo*”—, de mostrar la importancia de profundizar en los datos sueltos —“*llegar más abajo (...) ver de dónde llegan*”—, y , de analizarlos todos juntos de manera interrelacionada:



*“(...) hay veces que les hacía comentarios, claro, de que ellos, a ver, de que según qué datos **para que vean la relación que tienen los datos**, porque ella decía que se encontraba peor por la humedad, pero claro ¿por la humedad, sólo por la humedad?, algo tiene que haber detrás de ahí, claro eso es un dato que ella, claro le tendría que haber hecho sospechar algo, porque normalmente cualquier persona no se encuentra peor porque haya humedad si no tiene un problema respiratorio, y era lo que yo, esos esfuerzos que ella también decía a veces y que se le pasaban y que, claro, que esos datos así que el paciente le da como flash de ‘esto, esto’, claro que ella lo tiene que relacionar y decirle: ‘pero bueno si tiene esto, si tiene esto y si tiene esto no tendrá usted un problema respiratorio quizá, usted tendrá algo o nunca le han diagnosticado de algo’, **hacerle ver que tendría que profundizar más, porque si no es que esos datos te quedan como incoherentes**, que nunca había tenido un problema para respirar entonces que te diga que toma Ventolin<sup>®</sup> a veces, que se encuentra peor cuando tiene humedad, que tiene disneas a veces, bueno que el paciente no lo ha atribuido como disneas, sino que se cansa más, que lo relacione con la edad pues, no sé, yo era hacerles ver que a veces la información no te la dicen, ‘soy un EPOC’, sino que son datos que tú tienes que ir cogiendo y pensar, quizá, decirles ‘y nunca le han diagnosticado de algo de pulmón y esto no querrá decir que tiene usted algo de pulmón o que alguna vez le hayan dicho y este tratamiento es para por eso y lo dejó’, claro, **los datos así sueltos que te dice la gente son muy raros, tienes que llegar a más abajo**, si no sólo te sirven a veces para confundirte si es que realmente no lo son y si no ver de dónde llegan, analizarlos todos juntos (...)” (E1, Prof. Blanca, 2:88)*

Al preguntar respecto a la intencionalidad de brindar los recursos o fuentes de información que pueden consultar los estudiantes, señala como éstos les ayudan a concretar las valoraciones y así determinar de manera más objetiva el problema real/potencial del paciente; por otro lado, proporciona las fuentes de información concretas, específicas y cercanas a la realidad del estudiante. Reitera la dificultad por la que atraviesa el estudiante en torno a la valoración y exploración física del paciente en donde aún no ha desarrollado la capacidad de preguntarse por los datos/respuestas que éste les da e ir tirando del hilo de estos datos/respuestas, ella lo menciona como una valoración superficial, que en ocasiones les lleva a confundirlos más:

*“(...) tienen que saber que tienen otros recursos que pueden, que la intranet del ICS, que desde el hospital se puede consultar, por internet desde casa también, pues hay muchas guías para poder consultar y que les pueden ayudar a concretar esas valoraciones que ellos hacen para ver el problema realmente, porque claro a veces cuando te dicen: ‘Tengo un poco de esfuerzo’, pues a lo mejor si coges la guía de valoración del ICS, del EPOC, de la disnea, para ver el estadio en que está, la clasificación, pues claro tú le preguntas ‘¿cuándo usted se viste tiene esfuerzo?’, ‘no’, ‘sí’, pues ya lo clasificas en uno o en otro, ‘¿Al caminar un trocito como de aquí a la pared, se cansa o no se cansa, de aquí al final?’, pues te ayuda a hacer la*

*clasificación y realmente puedes ver en donde estás, porque si no a veces con los datos así del paciente tan subjetivos, si no los analizas en más de esto, pues te quedas que no, que es lo que le pasó a ella, le sirvió más para confundirla que para otra cosa, no, porque entendió cosas que no eran y otras que sí que eran que no las vio, (...) por eso, porque a veces según como sacas los datos, les confunden, según como les dan la información, porque no van a preguntarle más profundamente, se queda con lo que el paciente dice así, y a veces es superficial, (Nelly: La valoración, preguntarle más en profundidad), [Blanca: Claro]” (E1, Prof. Blanca, 2:88)*

En el anterior episodio se hace evidente la dificultad, propia del estudiante, en el momento de hacer la valoración y exploración física respecto a cómo indagar más en profundidad en los datos que el paciente ofrece, y a qué y cómo preguntar para ir más allá del formato de valoración con el que cuentan para tal fin.

Siguiendo con la presentación del caso clínico, Carla presenta un conflicto cognitivo respecto a la clasificación, organización y análisis de manera interrelacionada de los datos, y a la identificación y planteamiento de los diagnósticos de enfermería y sus objetivos. La profesora, empleando una pedagogía de contextualización, sumerge a la estudiante en el interior de la situación clínica del paciente y enfatiza aquellos aspectos relevantes, los factores causales que podrían contribuir a la dificultad respiratoria con el debido razonamiento, y le argumenta por qué el diagnóstico de enfermería planteado no corresponde a la situación clínica presentada. Por su parte, la estudiante en el interior de la presentación del caso clínico reflexiona sobre aquellos aspectos que no había tenido en cuenta, reformulando el objetivo planteado inicialmente:

“(Video VTS 01-4 02’25”-06’45”) [Diapositiva del Diagnóstico de Enfermería: Patrón respiratorio ineficaz r/c ambiente húmedo m/p dificultad para respirar; Objetivos: Respuesta alérgica sistémica. Actividades y Evaluación: Administrar broncodilatadores y Enseñar a utilizar los inhaladores prescritos]

*Carla: “luego no sabía si ponerlo o no, y al fin lo puse, Patrón de respiración ineficaz r/c ambiente húmedo m/p dificultad para respirar”*

*Blanca: “pero...”*

*Carla: “pero ahora viendo así, no era por el medio ambiente”*

*Blanca: “Ese patrón hasta qué punto o qué entienden por días húmedos, días de lluvias, de mucha humedad. Yo creo que es que él, a que en ocasiones debido a la tumoración o por lo que había sido fumador, aquí sería para valorar esta dificultad respiratoria en profundidad. ¿Sería disnea o no sería?, y lo que está claro que la conducta que él hacía pues no era la correcta.” (OS, Grupo I, Est Carla, 1:211)*

*“Blanca: (...) Pero aquí si tú haces este diagnóstico, el objetivo principal cuál sería para este diagnóstico.*

*Carla: “Mejorar el patrón respiratorio, ¿no?”*

*Blanca: “El paciente recuperará su patrón respiratorio habitual en el plazo, en un plazo que lo tienes que marcar, porque lo tienes que evaluar. Y en los objetivos secundarios que hay, ¿cuáles son?, encaminados a solucionar el relacionado con el r/c, el ambiente húmedo no lo podrías solucionar tú nunca en la vida, ¡vale!, entonces tienes que ver cuál es el relacionado con y de ahí haces los objetivos secundarios. Y el manifestado por es, ¡eh!, los datos subjetivos y objetivos que tú has detectado en ese paciente, porque es un diagnóstico real, si fuera de riesgo, no habría un manifestado por, sería un relacionado con y nada más. Decimos que este diagnóstico no es porque no tiene un patrón de respiración ineficaz, porque hasta ahora no ha precisado oxígeno, ni ha llevado fármacos, sino que puntualmente él ya tenía conductas que no eran correctas, que no eran generadoras de salud, sino más bien lo contrario, como auto medicarse, el no asistir a las revisiones, etc., ¡vale! ¿Y el otro diagnóstico que sería?” (OS, Grupo I, Est Carla, 1:212)*

Durante la presentación del siguiente diagnóstico de enfermería, Carla hace un proceso de reflexión en la acción, a partir de la retroalimentación y deliberación —conversación reflexiva— de la situación clínica en el interior del seminario. Han aparecido aspectos nucleares para la comprensión de la situación del paciente —se han aclarado las nociones de ansiedad y temor—, que han llevado a la estudiante a una reflexión individual, que luego ha compartido con el grupo, sobre lo que acaba de aprender del planteamiento de los diagnósticos. De esta manera, la estudiante participa en la reformulación del problema (Schön, 1992: 63). Nótese aquí cómo la profesora emplea una pedagogía de la contextualización, que lleva a la estudiante a sumergirse en el interior de la experiencia propia del paciente, es decir, un aprendizaje situado, en el que además se desvela cierta consciencia de la experiencia de enfermedad por la que atraviesa el paciente y se rescatan actos como el consolar, motivar y dar esperanzas al otro. En el siguiente episodio considero que hubiera sido interesante que la profesora hubiese indagado las causas de la reconsideración del diagnóstico por parte de la estudiante o del planteamiento de su objetivo, de este modo se estimula la argumentación de sus reflexiones y, por lo tanto, el razonamiento clínico:

“(Video VTS 01-4 02’25”-06’45”) [Carla pasa a la siguiente diapositiva: Ansiedad r/c estancia en el hospital y nuevo estado de salud m/p insomnio. E interviene]

Carla: “(...) ahora hablando me he dado cuenta que era temor más que ansiedad, [interviene Blanca: era más temor básicamente] porque tenía miedo, y yo misma lo he dicho, tenía miedo y he puesto ansiedad” (OS, Est Carla, 1:211)

“Carla: “En vez de ansiedad sería temor”.

Blanca: “sería temor porque ahora tiene miedo a que ese problema que tiene, esa neo que tiene no se le solucione, se le complique, que la intervención se le complique y que no se pueda solucionar el problema”

Carla: “Bueno, pues el objetivo pues ayudar a afrontar los problemas”

Blanca: ‘El objetivo sería, si es temor es, el paciente reducirá a unos niveles tolerables, o reducirá el temor a unos niveles tolerables, no le puedes plantear que dejará el temor, porque es muy difícil, (...) un grado de ansiedad o de temor ante un proceso grave de salud, todo el mundo, porque es una respuesta fisiológica, otra cosa es una respuesta inadecuada que no te deja descansar, que estés irritable, que a lo mejor con la familia le contestes mal, que contestes mal a los profesionales. Entonces sí, ese sería el objetivo general, ¿relacionado con qué?, ¿con el desconocimiento?, ¿con el mismo estado de salud?, entonces le tienes que explicar que hay otros pacientes, que hay muchos adelantos, no minimizar el riesgo, ni decirle que todo vaya a ir perfecto”.

Carla: “Claro, Yo le decía que hay muchos pacientes que pasan por lo que has pasado tú, e incluso peor, que le tienen que quitar un pulmón, y se recuperan, digo es que normalmente reaccionan muy bien”

Blanca: **‘tú siempre tienes que motivarlo, animarlo**, tienes muchas posibilidades de recuperarte, si no ya no te habrían intervenido, hay muchos pacientes que en este mismo proceso, han evolucionado bien y a veces vienen aquí a vernos, tienes que tener esperanzas, después ya veremos lo que ocurre, pero tampoco tienes que pensar que todo vaya ser malo.” (OS, Grupo I, Est Carla, 1:212)

A lo largo de la presentación del caso clínico la profesora hace una evocación de su experiencia pasada para afrontar la situación clínica presentada (Schön, 1992: 70), para lo que emplea todo el repertorio de ejemplos, imágenes, conocimientos y acciones. Ve esta situación clínica como algo que le resulta a la vez similar y distinto de anteriores situaciones. Para Schön viendo *esta* situación como *aquella otra*, un práctico puede *comportarse* en esta situación *como* en aquella otra, ese *ver-como* es lo que capacita para traer a colación la experiencia pasada a la hora de referirse a los casos singulares.

De acuerdo con Schön (1992) el experimento global a la hora de reformular un problema, es también un diálogo reflexivo con la situación, en la que la profesora y las estudiantes llegan a

percibir, y más tarde a desarrollar, las implicaciones de una nueva idea, de una nueva interrelación entre los datos y su análisis situado. La reformulación del problema y de los objetivos de los cuidados de enfermería se justifican por el descubrimiento y la interrelación/interconexión de aquellos datos que estaban como sueltos para la estudiante.

Al preguntar a la profesora respecto al énfasis puesto en el planteamiento de los diagnósticos y los argumentos —presentados en el momento de mostrar a la estudiante que los diagnósticos de enfermería no eran procedentes para la situación clínica— reitera el conflicto cognitivo al que se enfrenta el/la estudiante delante de la valoración y su intención de llevarlo/a a razonar más acerca de los factores causales que interfieren en las necesidades del paciente:

*“(...) es una manera de justificarle, bueno, ahí lo que he hecho ha sido eso, ir explicándole el por qué si y el por qué no de los diagnósticos, claro en el primero no tenía datos, ella le confundió esos datos que tenía, por esas explicaciones que le daba el paciente, claro, pero yo no lo creo que lo fuera, entonces si no valoró tan profundamente como para saberlo, al principio no lo tenía, porque no habían datos objetivos ni subjetivos claros que le dieran aquel diagnóstico, y después claro, si relaciona con la causa que era la humedad, ¿Cómo va a solucionar ella humedad?, ni el médico, ni ella, claro, esa no puede ser la causa, eso puede ser que sea un factor más que le agrave, pero la causa tiene que ser otra, (...) yo era eso lo que le intentaba hacer un poco razonar y ahora pues aquí lo mismo, claro es que ansiedad a ver, es algo lógico tener miedo cuando estás enfermo, como no vas a tener miedo, es tu vida la que está ahí en peligro, (...) tienes miedo al dolor, tienes miedo a que te digan que no te curas, a tener complicaciones, entonces claro, ellos (estudiantes) tienen que poner unas causas que ellos puedan mejorarlas porque si no ya tampoco es diagnóstico y tienen que tenerlo objetivado con datos objetivos y subjetivos porque si no, claro se lo plantean de una manera así un poco, poco profundo, y yo hay más o menos lo que les venía a decir, es que claro si los datos de la valoración no están bastantes profundizados y bien guiada hacia las necesidades que ese paciente tiene más comprometidas en unas o en otras, después claro, los diagnósticos no salen bien, (...).” (E1, Prof. Blanca, 2:89)*

#### **6.4.6.1 La corrección colectiva: aprender del error.**

El ambiente relacional del seminario es capaz de provocar una relación horizontal, de confianza, bidireccional, basada en el diálogo y favorece que la estudiante se sienta libre para construir su propio conocimiento mediante la reflexión individual primero y luego compartiendo las experiencias de la práctica con la profesora y los/a compañeros/as. Para Medina (1999), la

enseñanza del cuidado es un espacio social de comunicación y de intercambio y el sistema se configura como una consecuencia de la participación activa, y en parte autónoma, de los elementos que participan en la comunicación:

*“(Video VTS01-4 10'52"-13'23”) “Blanca: “¡a ver!, que el apósito esté manchado ¿qué problema puede tener ese paciente?”*

*Carla: “Hemorragia, pero como lo puse todo hay en infección”*

*Blanca: “¡Vale!, es que te falta clasificar un poco más [Carla: sí, más] porque las complicaciones eran hemorragia, infección, tromboembolismo y, no sé, ahora no me acuerdo si había alguna más, entonces, puedes agrupar algunas actividades para varias complicaciones, pero, claro, a veces te faltan algunas actividades en algún grupo [Interviene Carla: “yo las tengo puestas en otro”], lo cual te falta acabar de clarificar y clasificar un poco mejor, bueno no sé, ¿tú ahora lo que has visto?”*

*Carla: sí, sí*

*Blanca: “Porque a veces uno mismo después se da cuenta, todo a posterior se ve mejor, en el momento en que uno lo hace cree que todo lo tiene bien y después cuando lo vuelve a revisar pues cambia, uno se da cuenta”*

*Carla: “Sí, la semana pasada yo pensé seguro tengo un montón cosas, me di cuenta seguramente, pero claro ya que iba a hacer’*

*Blanca: “No, pero de esas cosas, ahora para la próxima vez, ya las sabrás un poco más, porque siempre se va mejorando, con la práctica, ¡Venga!” (OS, Grupo I, Est Carla, 1:214)*

Al preguntar sobre la intencionalidad de corregir de manera colectiva los casos clínicos en el seminario como estrategia para aprender del error, reconoce que aún el/la estudiante no tiene la capacidad para hacer las entrevistas o formular los problemas y emplea como recurso la compensación a éste/a:

*“(…) pues aquí era cuando se daba cuenta más o menos de que sí, de que le faltaba pues eso, clasificar un poco las cosas tenerlas un poco más ordenadas y que ahora se ha empezado a dar cuenta de que claro, en el momento lo veía bien, pero ahora hablándolo, comentándolo en el seminario con lo que yo le iba diciendo, pues fue cayendo en los errores, y que bueno que también es eso, que al principio a medida que vas haciendo vas mejorando, que los primeros siempre te cuestan más porque todavía no tienes la habilidad ni para hacer las entrevistas, ni que sea para formular los problemas, a veces cometes errores, y también para que no se desmoralizara un poco, de que ya iría mejorando, pero es que ella misma que se empezara a dar cuenta de que se ha equivocado, en cosas que antes las veía claras de otra manera, pero ahora el darle la vuelta y justificarle el por qué, ella empieza a ver que sí que es verdad, que eran errores, que los había planteado mal.” (E1 Prof. Blanca, 2:90)*

*“(…) no puedes decirle todo el rato que está todo mal, porque si no, claro, es que se desaniman, tienes que decirle ‘bueno no está muy bien y seguro que el otro te va a*

*salir mejor’, compensarlo un poco porque si no, si todo..., el problema está mal, el diagnóstico está mal, la valoración la ha profundizado un poco y tú ves que él se está desmoralizando, (...) eso a ella la estaba..., se estaba poniendo un poco agobiada, de que le había salido mal, entonces claro, tienes que compensarla un poco diciéndole ‘que bueno, que irá mejorando, que es el primero’.*” (E1 Prof. Blanca, 2:90)

Una táctica de compensación que encuentra importante para que el/la estudiante no se bloquee o se cierre y no escuche:

*“(...) si todo el rato te dicen que te equivocas, y que te equivocas, pues no te dan ánimo para mejorarlo y, no sé, de algo que te recompensa después, tampoco sacas nada en claro, es eso, se te bloquea y después ya no quiere dar explicaciones, se queda encerrado y de lo que tiene ganas es de que se acabe ya el seminario y después ya no escucha, le da igual que le digas: ‘qué bien o qué mal’, porque está en tensión, están los compañeros escuchando, tú estás todo el rato y está en tensión, ella es el foco, (...) si vas muy, muy, muy fuerte, tampoco sacas nada, (...) fue una manera también de relajar un poco el ambiente y de que claro, ya van mal para la próxima, van con la predisposición de que lo van a hacer mal, así al menos tienen un poco el ánimo de que saben que con el esfuerzo y pensándolo mejor, dándole varias vueltas, focalizando un poco más las valoraciones, ya tienen como un poco de táctica y además el ánimo de decir: ‘Bueno, este me ha salido mal, pero el otro me saldrá mejor y el tercero mejor’, era un poco lo que hacía [ríe], relajarla un poco.”* (E1 Prof. Blanca, 2:90)

En la siguiente observación del seminario, durante la presentación del caso clínico de Rosa, puede observarse como la estudiante Carla a partir de las orientaciones recibidas en su presentación fue focalizando más su atención hacia los datos suministrados por el paciente, e indagar más en profundidad:

*“(Video VTS01-3 15'13"-18'30") Prof. Blanca: ‘Es difícil a veces conseguir la información de los pacientes, eso también les pasa a los médicos, preguntar ‘explíqueme lo que le pasa’ y llegar a profundizar, tú tienes que reconducir, ‘¿desde cuándo no camina bien?, ¿por qué usa el bastón?, ¡explíqueme!’, reconducir según lo que quieras ver, preguntar, explíqueme, ‘¿tiene algún dolor?, (...) reconducirlo porque si no se va dispersando’*

*Carla: O te dicen cómo, al paciente que le estoy haciendo el PAE, la necesidad de respirar, le dije: ¿ha tenido algún problema para respirar?, me dijo: ‘no, nunca’, luego cuando vi en los antecedentes y veo que tenía EPOC, y dije: ‘¡pues venga!’.* Entonces ya fui y me di cuenta, al preguntarle ‘¿al subir escaleras?’, y me dijo: ‘claro’ y le pregunté: ‘¿y dejó de jugar fútbol? ¿Y por qué dejó de jugar fútbol?’, y me dijo: ‘porque soy mayor, claro’, ‘¿pero se ahogaba o algo?’, ‘sí, al subir escaleras’, digo: ¿ya está?

*Blanca: Claro tú no tienes por qué saber, si no eres del ramo, que porque tengas una limitación al subir escaleras tengas un EPOC, puedes pensar que es algo normal de su edad o lo puede asociar...*

*Carla: Ya, pero él sabía que algo mal tenía porque le prescribieron Ventolín® ‘no sólo cuando me ahogo, me dio Ventolín® para cuando suba las escaleras, que me pusiera’.” (OS, Grupo I, PAE Rosa, 1:233)*

Al preguntar a Carla respecto a la indagación que realizó en este siguiente paciente, se evidencia como la estudiante atiende a la experiencia de salud y enfermedad de éste, y sus preguntas se tornan más específicas, más concretas en el momento de indagar el patrón respiratorio del paciente. Se observa como la retroalimentación recibida en la presentación del caso clínico le ha permitido acercarla a la noción de disnea por esfuerzos y disnea de reposo:

*“Carla: Claro porque él tenía EPOC, pero yo cuando le hice la valoración él respiraba genial, no se cansaba, yo me decía, algo tiene que tener, seguro es que no puede correr normal, digo se tiene que ahogar corriendo por lo menos, y ahí en ese caso le tuve que preguntar más en plan ‘¿cuándo caminas notas que te falta el aire, que te ahogas, no sé qué?’, pero esto ya no lo dice el primer día, el segundo o el tercer día cuando ya había entablado más relación con él, le pregunté: ‘¿tú cuando caminas sientes sensación de ahogo, te cuesta respirar o algo?, luego si ¿subiendo escaleras o corriendo?’ le pregunté y al final me dijo ‘sí, a veces cuando subo escaleras me cuesta cuando llevo dos o tres pisos’, claro algo tenía que tener, teniendo EPOC, algún esfuerzo le tenía que costar algo, aunque fuera a grandes esfuerzos.*

*Nelly: ¿Pero él al comienzo, no te dijo esto?*

*Carla: No, él al comienzo, ‘¿tiene un problema respiratorio?’, ‘no, no, no’, ‘¿respira bien?’, ‘sí, sí, yo no tengo ningún problema, yo respiro genial, yo nunca he tenido ningún problema’, yo creo que hacía algo también, no le daba importancia.*

*Nelly: ¿Esta indagación que tú hiciste luego ya un poco más específica para determinar si tenía alguna alteración en su patrón respiratorio, estuvo relacionada con la presentación que tú hiciste del PAE, ante el grupo?*

*Carla: Es posible a lo mejor para cómo, o a lo mejor es porque **ya me di cuenta que tenía que indagar.**” (E, Est Carla, 2:87)*

Carla señala aquí otro elemento, el establecimiento de una relación con el paciente que le permite profundizar más en la experiencia de enfermedad por la que atraviesa éste. Uno de los aprendizajes experienciales de la práctica clínica es el aprender a realizar una anamnesis y exploración física al paciente. Carla ha sacado en limpio la importancia de estar por éste, de entablar conversación con él, de indagar de manera más específica, no sólo teniendo en cuenta la



dimensión física, sino también la dimensión emocional y su interrelación con el proceso de enfermedad:

*“Nelly: ¿Y cómo realizaste esta valoración, esta entrevista?”*

*Carla: Pues hablando mucho con él, preguntándole cosas súperespecíficas, ya no en plan general, porque si le preguntaba en plan general pues ya no me decía nada, yo quería saber esto, esto y esto, pues le preguntaba esto, esto y esto y luego le daba la opción de decirme algo más, intentándolo hacer así porque si no es que es imposible, sobre todo ya no decirle, ya no intentar saber cosas de sus antecedentes, ni de sus hábitos, sino también a lo mejor de sus sentimientos de ¿cómo se sentía?, así como hay gente que te dice: ‘Pues es que tengo miedo, es que no sé qué, es que creo que me va a pasar esto’, él no tenía que decir, le costaba mucho expresar sus sentimientos y bueno poquito a poco preguntándole así en plan más directo ‘¿pero tienes miedo, pero estás triste?’ (...) más concreto.*

*Nelly: ¿Y tú como vives el relacionarte, o como viviste esa relación con ese paciente?”*

*Carla: Pues al principio, pensé, ‘Madre mía, lo que he escogido yo para hacer el PAE, no voy a poder hacerlo’, pero luego al final, no sé, siendo más pesada, yo les decía: ‘ya sé que soy muy pesada’, pero siendo más pesada, **estando más con él**, hablando más con él, intentándole, pues, al final vez que, **te mira ya con otros ojos, al final acaba como ya cogiendo no mucho pero acaba cogiendo como más confianza** y ya luego me miraba con otros ojos [ríe]. El primer día sí que me miraba en plan, pero bueno, los últimos días cuando ya estaba mejor, ya me miraba con otros ojos, yo entraba y le preguntaba ‘¿Qué tal?, ¿Cómo has pasado la noche?’, entonces ya me abarcaba un poco más, pero yo creo que lo conseguí, por eso a base de insistencias, de hablar con él, de intentar que tuviera un poco de confianza en mí, de intentar a veces un poco de comunicación, porque si no yo creo que no lo hubiera conseguido, (...) Un día el pobre que para ducharse se ahogaba, y yo estoy segura que eso el primer día no me lo habría dicho y después ya para los últimos días me dijo: ‘lo que pasa es que esta mañana yendo a la ducha me costaba respirar’ y yo sabía que le habían puesto un aerosol, ya me habían pasado el parte ‘¿pero bueno te ha dado algo?’, ‘sí, sí, me ha puesto el aire ese, me han puesto el aerosol’, y le digo: ‘ah, bueno ¿y te has notado mejor?’, ‘Sí un poco mejor, pero me ha asustado’, estas cosas yo sé que no me lo hubiera dicho, el conseguir eso, pues, por lo menos,...” (E, Est Carla, 2:91)*

Respecto a la corrección colectiva que se realiza en el seminario, considera que es una estrategia que le permite un aprendizaje significativo:

*“(...) realmente cuando te lo corrigen, cuando haces la presentación delante de los compañeros que Blanca te lo va corrigiendo delante de ellos está claro que te queda mucho mejor las cosas que si, que cuando lo traes escrito, te queda mucho más claro y entonces a lo mejor, pues sí que me hizo pensar, que para conseguir un buen diagnóstico o unos buenos, unas buenas complicaciones, tenía que profundizar más en ese aspecto (la valoración), (...) por eso digo que tengo que indagar si es que sí, si es que no, claro tú sin indagar tampoco puedes ponerle una complicación porque tú creas que como tiene EPOC puede hacer una insuficiencia respiratoria, depende, pero*

*entonces tienes que indagar para ver realmente qué nivel de disnea tiene” (E, Est Carla, 2:92)*

Considero que la estrategia de corrección colectiva empleada permite dar cabida a lo no-organizado, lo no-corregido, a la imperfección o al error, propendiendo en general a una actitud de comprensión hacia el proceso que atraviesa el/la estudiante. Es una estrategia orientada hacia el aprendizaje significativo y situado de éste/a. Pienso que este es un aspecto a tener en cuenta en la formación de enfermería, ¿cómo acogemos como docentes el error del estudiante? y ¿cómo lo gestionamos? Para Ventura (2010) el error se presenta como posibilitador/posibilidad de formación, y como expone Gadamer (2000), en nuestra economía se practica demasiado el seguimiento de reglas y la evitación del riesgo, pero ¿Quién ha aprendido realmente si no ha aprendido de sus propios errores?

### **6.5 La práctica clínica del estudiante. Construcción de significados entorno al acto de cuidar a otra persona**

Ya lo mencioné en la introducción del capítulo 2, respecto al cuidar de sí al que estamos obligados quienes educamos y/o cuidamos. Para Torralba (1998), la práctica del cuidar exige el autocuidado. Afirma, la apertura al *héteros* sólo es posible cuando el *autós* tiene un cierto equilibrio emocional y mental.

La relación pedagógica que está por el estudiante es a su vez una relación de cuidado que se pregunta (y preocupa) por la experiencia del y de la estudiante, pero simultáneamente se pregunta (y preocupa) por la experiencia del y de la enfermero/a. Creo que su práctica pedagógica es a su vez una invitación (y oportunidad) para que éste/a reflexione sobre sí, sobre sus emociones, pensamientos y acciones en el interior de su práctica clínica y/o de su práctica como tutor/a, y considero que sólo así se podrá incentivar al y a la estudiante a hacer un proceso

reflexivo hacia sí —como aprendiz y como cuidador—, de tal manera que el/la estudiante integre el saber enseñado en el aula, el saber enseñado en la práctica y su propio saber experiencial.

Un saber experiencial que los/as estudiantes traen a su práctica clínica, como fruto de su biografía, de su ser histórico y/o de experiencias vividas —ya sea en torno al cuidado de familiares, enfermedades previas o el haber trabajado previamente en instituciones de salud—. Percibir ese saber experiencial que el/la estudiante trae a su práctica, puede ser valioso para reconocer, integrar y potenciar sus saberes con los de la enfermería y para construir significados de manera convergente en torno al acto de cuidar a otra persona.

### **6.5.1 Cuidar a otro/a: una carga emocional para la que no estamos preparados.**

La dimensión emocional del cuidado de enfermería es un aspecto imbricado en la cotidianidad del ser/hacer enfermera, quien se encuentra frente al dolor, al sufrimiento, a la muerte, a la vida, al nacimiento y a otras expresiones existenciales del otro/a. En una de las observaciones de los seminarios, un grupo de estudiantes hizo referencia a esta dimensión, la cual matizaron como una carga emocional para la cual no están preparados los estudiantes de enfermería y no se forma en la universidad:

*“Continúa el 4° grupo, presentando la enfermera clínica de cuidados paliativos, (...) el grupo hizo algunas reflexiones relacionadas con la carga emocional que representa para la enfermera, y en general para los profesionales de salud, el trabajo con personas que requieren de cuidados paliativos y que experimentan situaciones de enfermedad como el cáncer.*

*“una carga emocional a la que no estamos preparados como estudiantes, hace falta una asignatura para prepararnos en este camino en la universidad, para formarnos”, “hace falta una ayuda psicológica para médicos y enfermeras”. (...) El grupo añadió: “El vínculo familia-paciente en cualquier proceso se tiene que dar desde el primer momento en que el paciente le pasa algo” (...) ‘es como hacer una abrazada, una atención integral’*

*‘en la entrevista, la enfermera nos decía que la “enfermera es muy camaleónica”, es decir, que se adapta a todas las circunstancias y cambios del paciente y de la familia, también nos decía de la importancia de “hacer pantalla” de la vida profesional y de la vida personal’.* (OS, Grupo I, 1:289)

De la presentación, me surgieron algunas preguntas: ¿cómo valoras la formación que desde la universidad se da respecto a la dimensión emocional en el cuidado de enfermería? ¿Cuál experiencia o situación de tu práctica clínica recuerdas con más contenido emocional al cuidar a una persona, y cómo la viviste?

Al preguntar a las/os estudiantes por aquellas situaciones que se presentaron con más contenido emocional para ellas/os, la respuesta mayoritaria fue presenciar la muerte del otro/a y el estar delante de una persona que sufre. Consideran que la formación recibida en la universidad respecto a la dimensión emocional del cuidado en estas situaciones está más orientada a un listado de objetivos, actividades e intervenciones, percibido por el/la estudiante como un contenido abstracto o generalizador. Sin embargo, el estudiante se siente sin los recursos suficientes para estar delante de situaciones que precisen de su apoyo emocional, continuamente se interroga ¿cómo actuar frente a...?, ¿Es bueno o malo dar ánimos...?, ¿Es bueno sentir o no compasión...? Pareciera que dicha dimensión se forma al margen del sentir del y de la propio/a estudiante, al margen de trabajar intrínsecamente él/ella sus emociones, creencias y preconcepciones, y al margen de interrogarse por aquello que le pasa delante de situaciones de sufrimiento y/o muerte del paciente:

*“(...) no te ayudan desde la universidad, no te ayudan a una situación así, no te dicen cómo poder afrontarla o qué tienes que decirle a esa familia, ¿cómo tienes que tratar a una familia que está pasando por un proceso [de pérdida y duelo] ¿así?, ¿sabes?, no te dan ningún tipo de guía, ni te dicen, bueno, luego cada uno hará lo que, pero tampoco te dicen como tienes que tratar a ese paciente, porque aunque tu paciente esté con la pauta de confort y que esté sedado, ¿cómo tienes que tratarlo?, ¡qué! ¿Entras y tratas sólo con la familia?, sigue siendo una persona, bueno, yo lo veo así, y yo seguía hablando con él, (...)” (E, Est Carla, 2:84)*

*“(...) Yo creo que eso es lo peor que hay, ver a alguien llorar, ver alguien que sufre y no saber cómo actuar, a mí me duele el no saber qué decirles, o qué hacerles para calmarles un poco, yo no puedo ver a nadie llorar, creo que me cuesta, “bueno, ¿qué haces?”, les dejas sólo que se desahoguen o le preguntas, igual no sabes cómo actuar, y sobre todo la gente que está sola. (...) entonces yo lo que sí que intento es que a todo el mundo lo trato igual y luego, si necesita hablar, yo me quedo ahí escuchando lo que me diga. Si alguien llora, pues intento animarlo, pero tampoco sé hasta qué punto, qué decirles y no decirles nada que pueda malinterpretar, como una falsa esperanza y*

*tampoco sabes hasta qué punto puedes cogerle de la mano. Yo creo que eso ha sido lo más complicado que me encuentro. El no saber mucho cómo reaccionar, porque sí que hay gente que es más de contacto, que no le importa que le cojan la mano, igual hay gente que le molesta o, no sé.” (E1, Est Rosa, 2:43)*

*“Carla: (...) es muy difícil ponerte un muro y hacer un poco de barrera es muy difícil porque claro es que yo creo que es muy importante tener empatía con el paciente y, como entenderle, involucrarte un poco, lo que pasa es que claro es difícil saber hasta dónde está el límite, ¿cuándo tienes que dejar de involucrarte para que luego a ti no te afecte?, por ejemplo he llegado a casa llorando varios días y claro eso luego, pues, en mi vida me afectaba porque no estaba, ¿sabes?, a lo mejor estaba más preocupada en pensar ‘a ver, si llego mañana y miro a ver cómo está ese paciente, a ver cómo está’, le daba vueltas, me preocupaba. (...)” (E, Est Carla, 2:82)*

Carla y Rosa, al igual que muchos estudiantes de enfermería, se preguntan ¿hasta dónde está el límite para decir, tocar o involucrarse con el otro/a?, ¿cómo reaccionar delante de alguien que llora o que experimenta una pérdida o la muerte misma?, ¿Le doy ánimos? Respecto al acto de dar ánimos planteo como cuestiones ¿Qué significa el acto de consolar y/o dar ánimo a el otro/a para el profesional de enfermería, para la enfermería en sí y para el estudiante de enfermería?, ¿Qué resonancia y qué le significa a el/la paciente las palabras de ánimo del o de la enfermera/o?, ¿Cuándo las palabras de ánimo soportan, penetran o niegan el sentir del otro/a?

Ponerse delante de la emoción del otro/a, preguntar al otro/a ¿qué te pasa?, nos lleva por un camino (humano) que nos acerca a nuestras propias emociones, al permitir que la emoción del otro nos toque, nos afecte, y es quizá ésta una oportunidad para preguntarnos sobre lo que nos pasa delante de lo que le pasa al otro/a. Paterson y Zderad (1979) señalan que más que preguntarle a la enfermera “¿Qué hizo en la situación enfermera-paciente?”, se debería preguntar ¿Qué pasó entre ustedes?”. Y para Medina (2003: 108), “sólo tomando conciencia de nuestras propias dificultades para relacionarnos con personas que experimentan sentimientos de dolor, desarraigo, pérdida y separación podremos enfrentarlas desde una perspectiva verdaderamente humana”.

Riera (2011) citando al Grupo de Boston<sup>103</sup> introduce el concepto de *conocimiento relacional implícito*, aquel que una persona tiene sobre cómo puede utilizar las relaciones con los demás para regular las propias emociones. Este conocimiento de cómo estar con los demás es procesado por el sistema de memoria implícita<sup>104</sup>, es decir, no es una información sobre la que podamos reflexionar o que podamos expresar con palabras: se trata de una información no consciente:

*“El conocimiento relacional implícito que vamos acumulando y transformando durante toda la vida es enormemente complejo y variado. (...) “Un ejemplo es el lenguaje paraverbal con que nos relacionamos, es decir, todas las expresiones corporales que usamos cuando nos relacionamos a través del habla. Más allá del contenido de las palabras, la forma en que hablamos es una herramienta comunicativa de primera magnitud, donde podemos incluir el timbre de voz, la música o entonación que damos a nuestras frases, la velocidad del habla y el ritmo que imprimimos en el diálogo con los demás.” (Riera i Alibés, 2011: 112-113)*

¿Cómo docentes somos conscientes del *conocimiento relacional implícito* (con sus fortalezas y sus insuficiencias) que emerge en la relación con el/la estudiante? Siendo más clara ¿Puedo ser sensible/consciente a lo que me pasa en aquellas relaciones en las que como docente *no he estado por el/la estudiante?* y ¿puedo ser consciente/sensible al conocimiento relacional implícito que emerge cuando *estoy por el/la estudiante?* Por último, ¿estamos preparados/as para conversar con el/la estudiante sobre el *conocimiento relacional implícito* que él/ella pone en juego delante de un persona hospitalizada?

*“(...) es que en esta profesión te acercas tanto a la gente que si te dejan acercarte te acercas más, (...) es muy fácil decirlo ‘lo de tienes que saber diferenciar’, claro, hay que saber diferenciar, pero también yo creo que requiere un aprendizaje el saber diferenciar y tienes que pasar por experiencias así, (...)” (E, Est Carla, 2:83)*

---

<sup>103</sup> Riera (2011) en el capítulo 3 *La memoria de las emociones* amplía sobre el concepto *conocimiento relacional implícito* desarrollado por The Boston Change Process Study Group.

<sup>104</sup> Para Riera, el sistema de memoria implícita (o memoria emocional) es uno de los dos sistemas de procesamiento de información, el otro corresponde al verbal-reflexivo (o memoria racional), estos dos sistemas funcionan simultáneamente y por separado. Afirma: “A través de nuestras relaciones vamos acumulando información (conocimiento relacional implícito) sobre qué podemos esperar de los demás y qué podemos esperar de nosotros mismos. Es una información implícita: la podemos sentir en forma de emociones, pero no siempre la podemos pensar en palabras. Cuando reaccionamos emocionalmente estamos activando, a menudo sin participación del pensamiento reflexivo, el archivo de nuestra memoria implícita” (Riera i Alibés, 2011: 105) Para explicar esta noción se basa en los ejemplos del médico francés Edouard Claparède en el libro de Joseph LeDoux, *El cerebro emocional* (Editorial Ariel/Planeta) y de los estudios del neurocientífico Damasio, A.R (1994) *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica. Damasio habla de un cerebro que constantemente observa un paisaje corporal constituido por sensaciones que nos llegan de las vísceras, de los músculos o de la posición de las articulaciones.

*“(…) las personas mayores que necesitan conversación y que quieren que les hagan caso, y ya me pongo a hablar con ella, y a veces cosas que me dice, me quedo pensando como diciendo 'qué pena, qué lástima', me causa, como una sensación de congoja, como de lastima entonces sí que soy consiente a lo mejor, yo estoy por ella, pero estoy pensando 'qué duro, no sé qué', y luego pienso 'no Miriam, te estás sintiendo un poco mal ¿eh?', alarga poco más la conversación y sal de aquí y pienso eso, 'sal de aquí porque vas a llorar al final', no sé, tampoco te gusta que te esté diciendo que 'me quiero morir, me quiero morir, me quiero morir', y por mucho que la animes 'que no, que no', y te quedas un poquillo más, e intentas cambiar un poco más la conversación para distraerla, pero al momento que puedas te vas porque es que si no, es una depresión y es eso, sí que eres más consiente, (...) sí que puedes estar pensando cómo se está sintiendo ella por lo que te dice, como estás recibiendo tú esas palabras, que te parece a ti lo que te está diciendo, cómo te sientes tú y cuando sales de la habitación sales con una cara y tú piensas '¡uf! ¡cambia la cara!', ¿no?” (E, Est Miriam, 4:214)*

*“Yo creo que eso es lo peor que hay, ver a alguien llorar, ver alguien que sufre y no saber cómo actuar, a mí me duele el no saber qué decirles, o qué hacerles para calmarles un poco, yo no puedo ver a nadie llorar, creo que me cuesta, “bueno, ¿qué haces?”, les dejas sólo que se desahoguen o le preguntas, igual no sabes cómo actuar,(…)” (E1, Est Rosa, 2:43)*

#### **6.5.1.1 Presenciar la experiencia del morir del otro/a.**

La muerte como punto final de la existencia y acontecimiento natural en la experiencia de vida del ser humano es uno de los fenómenos cotidianos a los cuales nos vemos enfrentados los profesionales de enfermería, cuyo abordaje tiene implicaciones emocionales, espirituales y culturales. Aceptar la muerte implica para el individuo aceptar la vida como es y no cómo le gustaría que fuera; sus creencias y valores en torno a aquella proporcionan un sentido diferente al hecho de morir. La muerte está supeditada a factores socioculturales; cada sociedad tiene sus propios valores, creencias y rituales respecto a la muerte (Rivera, 2008). Para Medina (2003), el saber acerca de la muerte se torna imprescindible para los profesionales de la educación y de la salud:

*Sin embargo, se sabe poco de la muerte porque no tenemos en cuenta que el saber acerca de ella no se puede aprender como una asignatura más, como un saber científico, ni tampoco puede transmitirse como éste se transmite. Es un saber humano, y por tanto, vivo y significativo. Es posible tratar de acceder a él, pero no para dominarlo ni para dominar su objeto (por otra parte indomitable), sino para que nos ayude a comprender y a desarrollar una visión más profunda y existencial del hecho*

*de la experiencia humana de pérdida y separación. En realidad, el saber sobre la muerte se aprende en la realidad cotidiana con otras personas. (Medina, 2003: 107)*

Varios estudios y revisiones reportan la necesidad de formación en el personal de enfermería y estudiantes de enfermería respecto al afrontamiento del paciente al final de su vida y su familia (Allchin, 2006; Medina, 2003; Rivera, 2008; Sanford, Townsend-Rocchiccioli, Quiett, & Trimm, 2011):

*“Aura: (...) hay situaciones que es eso, que no te preparan y, la muerte si te aconsejan, te dicen medidas para paliar, la boca seca, medidas para el confort, pues una serie de medidas o de actuaciones a tener en cuenta, pero, hasta que no te lo ves, hasta que no te lo encuentras, igual que todo, ellos están asustados de que se están muriendo y tú te pones de los nervios, también te entra un miedo, te entra miedo, ¡claro!, porque **para ti nunca es suficiente**, intentas de que esté bien, paliarle todo, comodidad sobre todo, pero te sientes impotente porque, a ver, se está muriendo, simplemente es darle confort, pero prepararte, prepararte, no te preparan por que no tienes un muerto, no te pasa en clase y puedes hacer un role in playing de estos, de simular que alguien se muere, pero no es lo mismo, la realidad es la realidad, entonces, prepararte, te plantean situaciones, te muestran los objetivos, las intervenciones, pero bueno, palabrería, después claro, cada persona es un mundo, no pueden estandarizar un, sí que te dan unos estándares, para dar malas noticias, como el apoyo, la ayuda terapéutica, la escucha activa, un montón de indicadores o de acciones que tú puedes hacer para crear esa, digamos, no me sale la palabra, esa comprensión mutua, que él sepa que tú estás por él y él vea, que él se sincere contigo, porque también es importante, que se abra, para que una persona se te abra tienes que mostrarte abierta, generar una escucha activa (...).” (E, Est Aura, 2.23)*

Aura reconoce la complejidad de presenciar el morir del otro/a, los sentimientos de impotencia y de miedo presentes en la escena, la dificultad de la formación en el aula entorno a la actuación en dicha situación (una formación dirigida a indicadores abstractos y descontextualizados a lo que sucede en la realidad). Enfatiza que el encontrarse delante de las situaciones, la experiencia en sí, es la generadora de este saber estar/actuar ante situaciones de dolor y muerte, en la que “*no te haces de hierro nunca*”. Un saber humano tal como menciona Medina (2003), vivo y significativo:

*“(...) el dolor se va paliando un poco con el paso del tiempo, yo creo que hay cosas que las puedes ver, pero no se pueden evitar y el dolor no se puede evitar, yo creo que*



*el día que te pase algo a nivel que te pueda fastidiar a nivel emocional y no sientas nada, eres un psicópata hablando así, las emociones nunca se han de perder, vale, a mí se me ha muerto gente, tampoco he dicho mucha, pero se me ha muerto y no te haces de hierro nunca, a no ser que pases ya de todo, porque son mis pacientes y me preocupo por ellos, es así, entonces, me involucro y claro que me afecta, (...) pues que menos que **aportar lo mínimo que puedas hacer**, para sacarles una sonrisa o que estén bien, ¿no?, yo creo, es así, pero bueno, igual que tus padres que son los encargados de enseñarte, de todo no te enseñan a lo que la vida te va a dar, te van dando consejos, igual que hacen los profesores, te dan consejo, pero, cada uno lo vivirá de una manera diferente, es así.” (E, Est Aura, 2.24)*

Presenciar el acto de morir del otro/a, es entrar en el espacio relacional más íntimo con el otro/a, un hacerse-presente-junto-a que nada tiene que ver con el conocimiento técnico. No sólo es cuidar su cuerpo, es un momento de la vida, el último escalón de la vida, donde inevitablemente lleva a tocar aspectos emocionales, porque él está allí viviendo una experiencia nueva, con emociones diversas y la enfermera también. Cómo reaccionar/ qué decir y no decir/animar o no animar. Rescato la pregunta pedagógica que plantea Medina ¿cómo se transmite ese saber ético que poco o nada tiene que ver con el conocimiento técnico?

Para Miriam la experiencia de presenciar el morir del otro/a ha significado aprender a comunicarse y expresar sentimientos hacia la familia, y a empatizar con la vivencia de la familia y de la persona al final de su vida:

*“(...) aprendes a comportarte dependiendo de la situación, porque por ejemplo yo arriba [planta C] cuando fallecía alguien a mí me costaba mucho decirle a la familia, 'lo siento, tal, cual, no sé qué', pero el otro día se murió un señor y entré y estaba toda la familia y les dije: 'lo siento mucho, no sé qué', me dieron los teléfonos por si se moría, y justo fue irse y los tuvimos que llamar, entonces como que también, como que me estoy intentando, como que me estoy aprendiendo a poner más en el lugar de la familia cuando una persona está así, ¿sabes?, pienso 'a mí me gustaría que la enfermera que está con mi familiar, pues tuviese unas palabras de apoyo o que me preguntase si necesito algo, o si quiero algo'.” (E, Est Miriam, 4:208)*

***‘Veía el dolor y el sufrimiento en sus caras, me recordaron a mí’***

Similar a los hallazgos de Waltman y Zimmerman (1992), citados por Sanford et al. (2011) los estudiantes que habían experimentado una situación de pérdida y duelo a nivel personal

fueron significativamente más propensos a empatizar hacia la experiencia del paciente que muere y de su familia. Esteban en uno de sus diarios relata su experiencia vivida delante de un paciente al final de su vida. Su relato deja entrever como él empatiza y conecta con la experiencia del otro/a al volcarse hacia su propia experiencia personal de pérdida, dolor y muerte, es lo que se denomina como “reflective musings” (Allchin, 2006), “*esta situación me recordó bastante a la de mi abuelo que falleció el pasado año, y me sentí muy triste, miré a la familia y veía el dolor y el sufrimiento en sus caras, **me recordaron a mí***”. Su relato evoca ese carácter esencial de la enfermería como transacción intersubjetiva que demanda la conciencia existencial del y de la enfermera/o sobre su ser y el del otro (Paterson & Zderad, 1979: 20):

*“La semana anterior nos ingresó un paciente con pronóstico muy grave, el cual tenía una gran úlcera en la zona sacra, le habían practicado un “vaciamiento” en donde también le habían extirpado el sacro, (...) el miércoles, este mismo paciente que por la noche hizo una hemorragia por la zona de la cura, y el hombre por la tarde estaba con tensiones bajísimas, le pusieron Gelafundina® para su hipovolemia.*

*Al día siguiente al llegar pregunté por él y ya le habían prescrito una pauta de cuidados paliativa, dijeron que al principio de ponérsela se encontraba bastante agitado, yo cuando entre, él ya se encontraba dormido, esta situación me recordó bastante a la de mi abuelo que falleció el pasado año, y me sentí muy triste, miré a la familia y veía el dolor y el sufrimiento en sus caras, **me recordaron a mí.***

*“Consideración de la profesora Blanca al diario del estudiante: “Las personas y las situaciones que vivimos son semejantes y es por ello que en ocasiones nos sentimos identificados. ¿Cuál fue tu actuación ante esta situación?”*

*“Al siguiente día ya viernes, cuando llegué, me dijeron que falleció de madrugada, fue una situación muy rara, es la primera vez que se muere un paciente con el cual no sólo me he dedicado a ponerle medicación, hacerle la higiene o realizarle una cura, sino que, he entablado conversación más allá de eso, el simple hecho de hablar por ejemplo de fútbol o de un próximo viaje a algún lado,... le he dado ánimos para seguir para adelante, me resulta muy difícil dar ánimos que no tengan fundamentos, es decir, siempre intento ser positivo, pero cómo puedo darle ánimos a una persona que puedo saber con certeza que su pronóstico es fatídico, siento que miento.”*

*“Consideración de la profesora Blanca al diario del estudiante: “Hay momentos en que es mejor no hablar sólo escuchar, acomodar, etc. NO es correcto dar ánimos en esa situación por lo que tú mismo comentas.” (...)” (D7, Est Esteban, 1:189)*

Nótese como el estudiante encuentra conflictivo el acto de dar ánimos a una persona al final de su vida y el cuestionamiento que se hace al respecto “*siento que miento*”; este acto de dar ánimos deja entrever cierta resistencia, infantilización o negación de la propia experiencia de la

muerte, y, un estar delante de la situación con cierta confusión respecto a qué decir y hacer. En la entrevista Esteban lo expresa así:

*“(...) era muy duro darle ánimos a una persona que seguramente, bueno, que el pronóstico era muy malo y que seguramente moriría, cómo le puedes decir a una persona: ‘venga que esto es para que te pongas bien o que esto para’, ¿cómo le puedes dar ánimo a una persona que seguramente vaya a morir?, (...)” (E, Est Esteban, 2:118)*

Siguiendo con el relato del diario de Esteban, al final de éste se perciben dos elementos: por un lado cierto no-saber cómo actuar y qué decir ante estas situaciones delante de la familia y/o del paciente, y por otro lado, un cuestionamiento respecto a los sentimientos que emergen ante esta situación:

*“(...) Si tuviera que hacer una síntesis de mi primer exitus, destacaría lo importante que es apoyar y mostrar atención a la familia en estos momentos en los cuales están despidiendo a un ser querido y nunca volverá a estar con ellos. Sentí mucha compasión por toda la familia, no sé si tener este sentimiento en esta profesión es bueno o malo, debido al carácter de esta profesión las muertes están a la orden del día, pero lo que no quiero es llegar a insensibilizarme al proceso de muerte, porque creo que no dar importancia a la muerte de una persona te hace no poder entender el dolor que acarrea para los otros esa muerte, ya que para lo que nosotros es un paciente con un nombre y una enfermedad para la familia es una persona que era marido, padre, abuelo, ..., por ello hemos de tratar al paciente/persona/familia de forma holística hasta el momento de la muerte y tras ella.” (D7, Est Esteban, 1:189)*

La meditación reflexiva, o reflexión sobre la acción, que el estudiante elabora posterior a la situación desvela aquello que para él fue esencial *“tratar al paciente/persona/familia de forma holística hasta el momento de la muerte y tras ella”*, hace un cuestionamiento respecto al sentimiento de compasión que deja entrever cierta confusión delante de los sentimientos que ha experimentado. Considero que aquí podría ser necesario un acompañamiento por parte de la tutora que legitimará que la compasión es un sentimiento propio de la situación, que no está restringido exclusivamente a los estudiantes, y que incluso, es una forma de sufrimiento

generada por el trabajo de enfermería<sup>105</sup> (Molinier, 2008). Cooper y Barnett (2005) recomiendan focalizar sobre los sentimientos emergentes al cuidar un paciente en estado terminal más que en los aspectos prácticos del cuidado, reconocer que provoca ansiedad y que esto es natural; los autores concluyen que raramente las enfermeras discuten sobre los sentimientos de la experiencia de cuidar a un paciente terminal, lo que ha llevado a una 'conspiración del silencio' en la práctica clínica sobre cómo este cuidado afecta profundamente a las enfermeras (Cooper & Barnett, 2005). Finalmente, Esteban deja entrever cómo trasciende de una mirada que cosifica al otro y lo instrumentaliza, a ver la experiencia del otro/a desde una perspectiva contextual y situada:

*“¿El estar con él? Hay veces que cuando estoy con la gente que está así bastante mal, me recuerda bastante a mi padre a lo mejor, que a mi padre no se le puede hacer nada para lo que tiene, tiene un proceso degenerativo lo que tiene y, no sé, **prefiero estar aquí pegado a otras personas que por ejemplo estar en mi casa, me agobio demasiado en casa, aquí por ejemplo, es diferente, pero igualmente cuando, me recuerda, hay veces que sí, que me recuerda, me recuerda los pacientes a (...), como también mi abuelo falleció [risa nerviosa], en octubre de este año y cuando a éste, pues, le pusieron la pauta de agonía, la respiración esa que se le suele poner, pues, la tenía igual y, veía a los familiares y me veía y veía en ellos el yo del octubre, de cuando se moría mi abuelo que estaban todos a su lado y les veía las caras y eran caras de pena o también fue la primera persona que se me murió o que se murió estando yo habiéndolo yo tratado, pero no sé, no sé qué más decirte. [Silencio]”*** (E, Est Esteban, 2:118)

La experiencia personal de pérdida y duelo de Esteban, la connotación de ser cuidador de su familia, es un saber experiencial que trae a su práctica clínica un saber que le permite ser tocado y afectado por la experiencia de duelo y muerte que atraviesa el paciente y su familia, que le

---

<sup>105</sup> Para Molinier (2008) la compasión es una forma de sufrimiento generada por el trabajo de enfermería (...) sentir el sufrimiento del otro, implica ponerse a prueba uno mismo en su propia carne; *sentir su propio sufrimiento*. Por compasión hay que entender en este caso, más allá de toda connotación religiosa y en su etimología literal, un *sufrir-con*, en el cual se debe demostrar sensibilidad frente a la desgracia del otro. La compasión no es espontánea en la experiencia de la enfermería, (ni en la experiencia humana). Y no es poco paradójico que este trabajo psíquico sólo se mitigue bajo la coacción. (...) La compasión se conflictualiza con preocupaciones vinculadas a los imperativos organizacionales; actuar rápidamente, por ejemplo, con el agotamiento y la irritabilidad, con el miedo y la repulsión que nunca desaparecen del todo. Cosas todas ligadas con el deseo y la crueldad. Para Molinier, la compasión no tiene, en consecuencia, nada de natural, en el sentido esencial del término. Se trata de un arreglo secundario, de una modificación de la subjetividad por el trabajo. Pero, una vez estabilizado por la experiencia, la compasión se torna auténtica, se experimenta *sin distancia*, precisamente como una pasión.

lleva a ser consciente de la experiencia existencial del otro/a, y que le aporta cualidades como la sensibilidad, el tacto y el tono para desplazarse hacia el otro/a:

*“(...) yo cuando entro en una habitación lo primero que hago es intentar entender, me gusta saber el nombre del paciente para poder tratarle un poco de tú y creo que lo puedo llegar a entender bien, intento, intento pensar cómo se sienten y yo creo que acierto bastantes veces, (...) yo creo que sirvo para enfermero por eso, **porque sé entender bien a la gente, sé ponerme en su piel y cómo la están pasando y qué inquietudes pueden tener**, porque alguna vez les he hecho alguna cosa y un poco más personal y la verdad me han contestado y me han dicho que sí, que la cosa era así, al paciente éste que murió, que estaba fatal, me acuerdo que nos dijo: ‘vosotros los enfermeros, dijo, sois héroes’ y le dije: ‘no, no se equivoque aquí el héroe’, le digo ‘es su marido que ha estado hospitalizado que está pasando muchísimas cosas y a parte la familia digo, que lo que está pasando la familia sólo lo sabéis vosotros’ y me dijo que sí, que era así.” (E, Est Esteban, 2:119)*

#### **6.5.1.2 ‘Me quedé como vacía’.**

Presenciar situaciones de resucitación es una experiencia de carácter trascendental en la formación profesional del estudiante de enfermería, Rosa relata en su diario cómo fue vivida una experiencia donde presencié la muerte de una paciente:

*“El primer día de la segunda semana en la nueva unidad fue un día de lo más extraño. El viernes anterior había ingresado una paciente que yo ya había tratado en la planta D. Era una mujer mayor que me recordaba a mi abuela, fallecida hace 2 años. El lunes cuando llegué continuaba allí, a media tarde empezó a sangrar por sonda vesical, y en cuestión de media hora falleció. Era la primera vez que lo presenciaba. Me impactó ver cómo respiraba justo antes de pararse y todos los procedimientos que le realizaron los del carro de paros, pero una vez pasó todo y la vi tendida en la cama, me quedé como vacía.” (D8, Est Rosa, 1:222)*

Al preguntar a Rosa por la situación es palpable como el hecho de presenciar la experiencia del morir del otro/a le llevó a recordar su propia experiencia personal de pérdida de un familiar, a experimentar sentimientos de temor, a pedir a la enfermera que no le dejase sola en aquel momento, a capturar las imágenes de la escena, a sentir el impacto emocional del instante, a oír las últimas palabras de aquella mujer, a dar unas palabras de aliento que dejan entrever la perplejidad vivida en aquel momento, a quedarse congelada, a cuestionarse por las palabras de

aliento dadas, a estar con una presencia activa para vivir tanto el momento, y finalmente, a quedarse como vacía. Presenciar el morir del otro/a, es una experiencia interhumana — intersubjetiva— real en la que emergen los modos de ser y hacer del estudiante de enfermería y de la enfermera (Paterson & Zderad, 1979):

*“(...) esta paciente fue la primera defunción, (...) Esta mujer lo que pasa es que físicamente me recordaba a mi abuela y entonces,... no sé si es malo o bueno, pero que hay gente que igual comparas con gente que tú conoces y con esa gente creas más vínculo, más afecto, y, me acuerdo que ese día habían llegado a verla los nietos, y, que empezó pero a empeorar muchísimo y fue el primer in situ que vi y claro me metieron allí para que, para que viera lo que era realmente, nunca había vivido ninguno y sí que me quedé con ella, poco antes de que pasara todo esto, ella empezó con apnea, y yo me asusté, yo lo que pensaba era por favor, porque yo estaba sola con ella, y lo que hice fue salir a decirle a una enfermera no me dejes sola porque, te impacta, y lo que sí, de esta experiencia, yo recuerdo que, el momento en que yo veía aún el respirar cogiendo aire muy fuertemente fue lo que más me impactó, cuando aún estaba luchando por seguir viviendo, porque **mientras antes me estaba diciendo “ay, que moro”, “ay, que moro”, “que me muero, que me muero”, y yo le decía “no, Carmen tranquila que no pasa nada”** Y sabes, el ver que ella, igual, lo estaba sintiendo y tú diciéndole que no y de golpe se paró y te quedas como congelada, y vives tanto el momento. El momento de antes de verla, el último momento fue lo que más me impactó, luego cuando terminó todo es, como, me quedé como vacía, yo creo que entras un poco en shock la primera vez que lo ves y también me impactó mucho esa mujer, también porque recordaba que la noche que murió mi abuela estuvo mi madre y mi hermana con ella, y recuerdo que me dijeron eso, que empezó con apneas y de golpe cogió aire y ya se quedó, y esta mujer hizo lo mismo y, claro, siempre establezco relaciones con una persona con otra, igual no debería hacerlo, entonces te impacta.” (E1, Est Rosa, 2.2)*

Cooper y Barnett (2005) examinaron los aspectos del cuidado al paciente moribundo que causan ansiedad en los/las estudiantes de enfermería. Encontraron que ellos/as experimentaron sentimientos de inadecuación, de cuestionamiento sobre su acción, de impotencia, de culpa, éste último relacionado con el haber presenciado una muerte súbita al despojarse la oportunidad de brindar mayor contacto y relación con el paciente. En respuesta, el último contacto con estos pacientes fue particularmente significativo para el cuestionamiento de los/as estudiantes sobre sus acciones. Allchin (2006) en su estudio hermenéutico reporta la vacilación inicial e incomodidad del y de la estudiante por no saber cómo interactuar y cómo implementar el

cuidado para personas que están muriendo y sus familias, y, la falta de certeza sobre su propio papel en el trato a los pacientes que están al final de su vida. Afirma que 'escuchar y proveer una reflexión guiada sobre los pensamientos y sentimientos de la experiencia con un personal experimentado es importante para el proceso del estudiante'. Para Mallory y Allen (2006) los profesores y el personal de enfermería pueden crear una atmósfera que estimule a los/as estudiantes a evaluar sus creencias y visiones a través de la autoreflexión crítica, y de este modo propiciarles una experiencia de aprendizaje transformador:

*“Nelly: Después hablaste esto con la enfermera o...*

*Rosa: ¡Claro!, es que encima ese día, fue un día muy atareado, a mí me metieron allí y cuando ya acabo me sacaron, me fui a hacer unos hemos y luego era ya mi hora de plegar. Y al día siguiente, sí que cuando llegué me dijo la enfermera que está siempre cada día de 11 a 18 h, me dijo: ‘Rosa perdona que yo ayer te metí allí sin preguntar, luego no te preguntamos, ¿cómo lo habéis vivido?, porque igual tu nunca habías visto esto y te metimos allí, casi como en primera fila, para que vieses todo y no te preguntamos si querías verlo realmente o si estuviste bien después’, y yo le dije eso: ‘la verdad me impactó mucho el momento de antes pero luego después que me quedó una sensación rara, me quedé como vacía, como no sentí nada’, se lo comenté a ella, que había sido muy raro.*

*Nelly: Como cuando hay un gran movimiento interior que al final cuando pasa esa tempestad...*

*Rosa: te quedas, no relajada, pero sí que te quedas como en blanco, que no sabes muy bien cómo encajar eso, lo que ha sucedido no sabes cómo encajarlo, y no, pero me dijeron, es que a Carla, como estuvo antes allí, es que a Carla le daba por llorar. Digo yo, es que no sé, igual si me estaba dando la cosita, **es que luego me he quedado como vacía y no sabía cómo reaccionar. Lo cogí como de nuevo todo.**” (E1, Est Rosa, 2:3)*

De su relato me planteo como preguntas: ¿Cómo estamos las/os enfermeras/os preparadas para orientar —en el interior de la propia situación— a los/as estudiantes respecto a cómo actuar/estar delante de situaciones de sufrimiento y muerte?, ¿Qué conocimiento relacional implícito del y de la enfermera/o se pone en juego delante de estas situaciones y que de una u otra manera es transferido a las estudiantes?, ¿Cómo las/os enfermeras/os proveemos una reflexión guiada sobre los sentimientos, pensamientos y creencias de los estudiantes en torno al acto de morir?

### 6.5.2 Escuchar y Responder / Conocer y Conectar con la persona hospitalizada.

Las categorías Escuchar, Responder y Conocer y Conectar son extraídas del trabajo de Diekelmann (2000), donde explora estas experiencias comunes de estudiantes de enfermería y profesores clínicos que proveen un nuevo lenguaje de la Educación en Enfermería. Diekelmann se pregunta ¿Cómo podría ser diferente la práctica clínica si al escuchar y conectar con los pacientes (como la base de la personalización del cuidado) se le diese la misma prioridad que al completar las intervenciones particulares o demostrar habilidades particulares?, ¿Cómo los estudiantes aprenden a escuchar el llamado de los pacientes? Los relatos de los estudiantes pueden ayudar a los profesores a estar abiertos a la amplitud del aprendizaje que ocurre en los lugares prácticos y, además, a centrarse en este ejercicio (escuchar el llamado del paciente) y a no asumir que el aprender a escucharlo se produce automáticamente cuando los estudiantes adquieren experiencia y son más expertos en las intervenciones en enfermería (Ironsides, Diekelmann, & Hirschmann, 2005b):

*“Tenim un pacient que porta ingressat ben bé des de que vaig començar pràctiques. Sempre havia estat un home molt seriós i que gairebé no parlava, a finals de la setmana passada van aïllar-ho per Marsa, va acceptar molt malament la notícia i es va deprimir. Ara està molt animat, potser es degut a que el deixen sortir de l’habitació, parla molt i ens gasta bromes. Quan estava depressiu era una mica antipàtic i no contestava gaire bé, però malgrat això jo sempre he intentat parlar-li bé i no tindre molt en compte el seu caràcter. Consideración de la profesora al diario de la estudiante: “Aquesta es l’actitud correcta perquè si et fiques en la mateixa dinàmica no porta enlloc si més no ho empitjora tot, a més hem de tindre l’empatia suficient per posar-nos en el seu lloc.” (D3, Est Rosa, 1:52)*

Al preguntar a Rosa por esta situación vivida con este paciente se escandaliza moralmente por los comentarios despectivos y etiquetas de las enfermeras hacia el paciente:

*“También lo que pasa, es que a mí a veces, siento, no es compasión pero hay veces que entre las enfermeras escuchas “es que éste de esta habitación, es que es más raro, es que es más serio, uff, yo entro ahí lo mínimo posible, porque me tiene harta”, a mí yo por esta gente me sabe mal, (...)” (E1, Est Rosa, 2:45)*



Ironside et al. (2005a), al respecto se preguntan ¿Qué significa para los estudiantes aquellos testimonios de estereotipo o comentarios despectivos de las enfermeras sobre los pacientes?, ¿Qué tan preparados están los estudiantes para hacer frente al etiquetado y estereotipado de los pacientes en los lugares clínicos en los cuales aprenden la práctica de la enfermería?, ¿Qué significa para los estudiantes encontrar situaciones en las que los pacientes no son escuchados o las enfermeras no han conectado con los pacientes?

El siguiente relato de Rosa es una evidencia de cómo ella se hace cargo de la experiencia del paciente (en situación de aislamiento), se hace cargo al parecer de aquello que las enfermeras no desean hacerse cargo, un 'no hacerse cargo' que luego es transferido y socializado en la práctica profesional. Ella busca *revertir* la situación de no-cuidado que ha observado y oído en los comentarios del personal de enfermería. Kosowski (1995) en su estudio fenomenológico muestra que uno de los aprendizajes de los/as estudiantes en su práctica clínica es el revertir los comportamientos negativos (que éstos/as observaron como no-cuidadosos del personal de salud) para aprender positivamente sobre el cuidado y establecer un firme compromiso de no comportarse de aquella manera no-cuidadosa hacia pacientes en el futuro. Por ejemplo, después de comentarios peyorativos hechos por el personal hacia pacientes, muchos participantes de su estudio juraron nunca 'caer en la trampa' de realizar 'asunciones y juicios automáticamente' de pacientes.

Rosa continúa su relato diciendo '*yo primero lo quiero conocer*', decide no hacerse una idea preconcebida (o etiquetar) del paciente antes de conocerle, decide ir al encuentro con mente abierta, un "*estar con*" o un "*estar ahí*" (Paterson & Zderad, 1979: 33) suspendiendo o dejando de lado los comentarios negativos, prejuicios o etiquetas que se le han asignado al paciente. Para Ironside et al. (2005a), el etiquetado del paciente legitima el distanciamiento y la no participación. Al etiquetar a un paciente se le está culpando, enjuiciando, se le asigna un

*imprinting* (Morin, 2001). Considero que sucede cuando no logramos tener esa capacidad para conectar con la experiencia y el sentir del otro/a y su pluridimensionalidad:

*“(...) yo primero lo quiero conocer y el señor era bastante seco, era un señor muy seco, muy tosco, igual a la hora de, igual “no”, no era una persona muy agradecida, pero bueno, tienes que cuidarla igual. Yo le intentaba hablarle bien, darle un poco de conversación a ver si el señor se soltaba, pero claro como estuvo tanto tiempo con nosotros, al final ya el señor se soltó y nos gastaba bromas y **cambió totalmente**, (...)”* (E1, Est Rosa, 2:45)

La estudiante conecta con la experiencia existencial del otro/a, reconoce el proceso de enfermedad por el que está atravesando y el estado emocional propio de la situación. Se plantea como reto conocer al paciente, conocer por qué está actuando así, comprender las circunstancias particulares que le están incidiendo en su manera de relacionarse con las enfermeras *“es intentar comprender un poco a la gente, qué es lo que tiene y por qué está actuando así”*. Para Torralba (1998), cuidar es velar por la circunstancia del otro.

Morin (2001) afirma que, *enseñar la comprensión es “enseñar a que las personas se comprendan como condición y garantía de la solidaridad intelectual y moral de la humanidad”* (p. 114) (...) *“Si sabemos comprender antes de condenar estaremos un poco más cerca de la humanización”* (p. 121). La ética de la comprensión es el arte de la introspección crítica y del *«bien pensar»*, este modo de pensar nos permite aprehender de forma conjunta el texto y el contexto, el ser y su entorno, lo local y lo global (p. 121):

*“(...) yo creo que al principio que era muy serio era por eso al verse allí en un hospital, también era una cistectomía, más encima tenía una amputación de parte del pie. Claro, es intentar comprender un poco a la gente, qué es lo que tiene y por qué está actuando así, igual, no es que el hombre sea así, igual es que el hombre en ese momento no tiene ganas de sonreír, entonces, es intentar tratar de tú al menos, aunque él no te ponga, **tú ponerle buena cara, para que vea, ¿sabes?, que al menos que hay gente que está ahí, que cada día intenta sacarte un poco que tú mejores o anímicamente que tú también te sueltes, son como retos que te planteas, este señor la gente dicen que es así, pues yo voy a ver si es verdad o igual es por algo secundario. El señor al final hizo un cambio tremendo y nos gastaba bromas, pero a todas, y se volvió muy hablador, es eso, (...)”*** (E1, Est Rosa, 2:45)

Los valores que la estudiante pone en juego en la situación son el buen trato, el ser educada, el hacerse presente “*a mí me sale hablarte bien*”, y, el estar para ayudar en la relación con el otro/a. Aquí se evidencia como la capacidad de autocrítica de la estudiante le permite dejar de lado reacciones personales, centrando su atención en la situación de cuidado con la intención de conectar con la experiencia del otro. "El acto mismo de cuidar es una expresión conductual del modo de estar de la enfermera" (Paterson & Zderad, 1979):

*“(...) es saber de la circunstancia e intentar tratar a todo el mundo bien, aunque él te conteste mal, tú le hablas bien como para darle una lección de que aunque tú me hables mal, te voy a seguir hablando bien porque a mí me sale hablarte bien, para que no vean que se rebajas a tu nivel y vean que lo bueno es ser educado y que si vamos bien los dos, iremos mejor y progresaremos mejor, y es mucho mejor estar en positivo que no estar siempre en negativo. **Lo recuerdo por el vínculo que se creó al final**, pero ya te digo que con todas las enfermeras, no fue trabajo mío, ni mucho menos, sino que al final el hombre cambió y escuchabas que decían “este paciente ha cambiado pero muchísimo, hoy estaba hasta gracioso”, y te gusta ver que la gente también como que se da cuenta. (...)”* (E1, Est Rosa, 2:45)

Otros de los elementos que Rosa pone en juego al momento de relacionarse intersubjetivamente con aquel señor fueron poner buena cara, no seguir la trama comunicacional que hace interferencia en la relación y hacer amena la estancia en el hospital:

*“(...) Hay que intentar poner buena cara, que por mucho que te hable mal no puedes seguirle el juego, tienes que enseñarles a que la educación nunca tiene que perderse, y que eso, que estamos allí para ayudarles, para intentar hacer esto más ameno, no hay que ponerse a discutir con él ni nada, ni mucho menos.”* (E1, Est Rosa, 2:45)

Para Ironside et al. (2005a), conocer y conectar con los pacientes es la capacidad de “hacer una diferencia” en el cuidado al otro/a. En el caso de Rosa, ella atendió a la llamada del paciente con apertura de mente, superando las etiquetas o comentarios negativos, planteándose un reto, trascendiendo a sus propias respuestas personales, comprendiendo (dimensionando de manera holística) la experiencia de enfermedad por la que atraviesa la persona, conectando con esta experiencia, y, abriendo posibilidades en la manera de relacionarse intersubjetivamente con el

paciente. En otras palabras, la estudiante conectó con la experiencia del paciente en un camino que mantuvo abierto un futuro de posibilidades para el cuidado de éste.

Estas autoras, citando a Benner, Tanner y Chesla (1996), afirman que la teoría sugiere que Conocer y Conectar con los pacientes es un aspecto crítico de la calidad del cuidado de éste. De hecho, es a través del Conocer y Conectar con los pacientes que las enfermeras reconocen las distinciones cualitativas en las situaciones del paciente como base para la personalización del cuidado.

Finalmente, quiero rescatar del relato de Rosa cuando expresa “*es que a mí a veces, siento, no es compasión pero*”, la estudiante quiere nombrar aquí el sentimiento que le ha producido el sentir el sufrimiento del otro, el empatizar con la experiencia de exclusión del otro/a, tal vez, sí sea compasión, ¿por qué no?, aunque Molinier (2008) afirme que en el caso de las/os alumnas/os de enfermería, el encuentro con los pacientes suscita inicialmente reacciones de temor, de angustia y de desagrado que se apoderan del cuerpo y engendran pánico y deseos de fuga. Pienso que no hay que olvidar que la estudiante es una persona que trae una experiencia histórica, un saber experiencial, y algunos estudiantes son cuidadores de sus padres o familia, como en el caso de Rosa, lo que tal vez le *acerque* más a estar con pasión frente al otro/a (a sentir el sufrimiento del otro). En el estudio de Kosowski (1995), este *conocimiento experiencial* que traen los estudiantes producto de sus experiencias del pasado (experiencias de enfermedad con parientes, previos empleos, hospitalizaciones) fue entonces ‘construido sobre’ y vinculado ahora con el actual ‘conocimiento de enfermería’ para construir interacciones de cuidado con los pacientes. Las estudiantes construyeron el conocimiento del cuidado al comparar similitudes y diferencias entre experiencias pasadas y presentes. Reconocieron acciones previas con experiencias comparables y determinaron entonces a éstas como ‘exitosas’ o ‘inefectivas’. Las participantes analizaron, transfirieron y ‘construyeron sobre’ el aprendizaje previo y relevante para ganar comprensión sobre cómo cuidar al paciente en la actual situación.

De acuerdo con Molinier (2008), gracias a estos relatos es que se transmite y sedimenta la experiencia compasional. La cotidianidad de la enfermera está hecha de estos imprevistos:

*No es la dimensión íntima del placer “per se” lo que orienta la deliberación de las enfermeras; la meta compartida más elevada del trabajo de enfermería es hacer por y para el otro de modo que sufra lo menos posible. (Molinier, 2008: 128)*

El cuidado, según Oury (2008), como se cita en Molinier (2008), es un “trabajo inestimable”, es decir, a la vez imposible de “contar” y enormemente precioso:

*Dejarse tocar por el sufrimiento de los demás y hacerse cargo de él es un modo esencial de hacer trabajo civilizador. Porque no son tanto las instituciones las que mantienen la cohesión del tejido civil cuanto el trabajo de cuidado que muchas y muchos realizan concretamente en la vida cotidiana, sin que nadie dé cuenta de ello. El saber del «cuidado» es un saber que se nutre de empatía, es decir, de la capacidad de escuchar al otro, sin por ello arriesgarse al confinamiento de la fusión, que anula los dos polos de la relación. Por lo tanto, se trata de un saber que requiere un pensar sensible al otro, que siente su vida de un modo empático y que se deja interpelar por ella. No es verdad que dejarse tocar por el otro, ser copartícipe de su sentir, cree desorden e impida una acción eficaz; al contrario, es una condición necesaria de aquel «pensar del alma» que introduce un principio de orden diverso, el orden de una razón encarnada y sensible, que construye saber, no trabajando según conceptos y procedimientos predefinidos, sino a partir de la interpretación de la mirada del otro, de sus gestos, de su modo de entrar en relación o de sustraerse a ella. (Mortari, 2002: 154)*

Como he expuesto previamente, la práctica enfermera está llena de imprevisibilidad e incertidumbre; de igual manera, la relación con el otro/a, en ocasiones se presenta incierta e inestable, tensa, dilemática e incongruente. Algunas cuestiones que dejo abiertas son ¿Hasta dónde se puede ir en esa respuesta sin perderse en el deseo del otro/a?, ¿Cómo puede explicarse aquellas respuestas y llamadas de cuidado tan disonantes e incoherentes con aquello que es importante para nuestra práctica profesional?, ¿Cuál es el propósito que influye en el diálogo de nuestra práctica profesional?

### 6.5.3 Perspectiva ética del acto de Cuidar.

#### 6.5.3.1 Informar a la persona hospitalizada y su familia.

En el seminario donde los estudiantes presentan aquellos dilemas éticos que han presenciado en su práctica clínica al cuidar a una persona, las situaciones más relevantes fueron las relacionadas con el qué y cómo dar información a la persona hospitalizada y su familia, y hasta dónde informar. Continuamente se preguntaban ¿Qué decir y hasta dónde informar?, ¿Qué me compete como profesional de enfermería y qué le compete al personal médico al dar la información al paciente y la familia?, ¿Cuál es el límite de la información que la persona realmente necesita?, ¿Cómo tener tacto para informar al/la otro/a, de modo que la información suministrada no se preste para malos entendidos, o, que paralice al otro para tomar una decisión apropiada y/o necesaria?, ¿Qué hacer cuando nos encontramos con personas que no hablan nuestro idioma, o que no comparten nuestra cultura?

*[Situación pedagógica 11] "Carla lee el caso ético: A la meva unitat hi ha un pacient, que el portem la meva infermera i jo, que és el pare d'una companya meva de classe. A aquest pacient li estan fent proves per a descartar possibles metàstasis degut al seu càncer de bufeta. La meva companya va parlar amb mi i em va preguntar si li podia dir els resultats de les proves, ja que intuïa que ja estaven però que els metges encara no lis volien dir el que passava i que ella sabia que jo ho puc mirar i saber, ja que és el meu pacient. Es pot informar a la família del malalt sobre els resultats d'unes proves que encara el metge no els ha volgut comunicar?" [Documento escrito Caso ético]*

*Carla: 'Conozco la hija de un paciente con metástasis, ella es estudiante de enfermería y la conozco de la escuela, ella me preguntó si le podía decir el resultado [al parecer una prueba diagnóstica], eso para mí es "secreto profesional, hasta que el médico se lo diga yo no se lo puedo decir (...) le dije que yo no se lo podía decir, es la intimidad del paciente, no se lo puedo decir a la familia"*

*Aura: "¿No te replicó o 'insistió' la familia?"*

*Esteban: ¿Y si es un amigo?*

*Daniel: "¿Qué repercusión tendría si se lo dices tú mismo?"*

*Prof. Blanca: "Ella actuaba como profesional de la salud, no como amiga"*

*Carla: "Tampoco nos decían mucho [se refiere a ella también, como estudiante], si el resultado no lo habían dicho aún, querían asegurarse de que tenía el paciente", [Carla comenta que le dijo algo así a su amiga:] "Pero tranquila que ella se lo diría"; seguidamente Carla nos dice: "Yo no le dije que lo había leído"*

*Aura: "¿Y el paciente?"*

*Carla: "¡el paciente que tú sabes!, dije que no lo había mirado, pero sí lo había mirado"*

*Prof. Blanca: “Mentir, no se debe mentir”... Puedes decir o pedir “Yo no puedo hacer el seguimiento de ese paciente”*

*Carla: “Pero lo cogí para el PAE y no sabía que era el padre de una amiga”*

*Prof. Blanca: “El hospital tiene referencia grande, y se puede encontrar con amigos, familiares que te piden información, y si es un diagnóstico médico ¿Hasta qué punto decir?”*

*Aura: “Eso es tarea del médico”*

*Carla manifiesta que no había claridad aún del diagnóstico de su paciente y por tanto requería de pruebas, que incluso el paciente mismo desconocía el para qué de su realización.*

*Carla: “En la historia clínica decía ‘se podría considerar (...)’ y cada día le hacían pruebas (...) yo ya no sabía qué decirle”*

*Prof. Blanca: “Decirle al médico que la familia tiene incerteza (...), piden información, están angustiados, que a ti constantemente te piden información porque te conocen”*

*Carla: “Sí, lo llevaban muy mal, y es que tampoco les decían el porqué de esas pruebas, sólo, van a hacerle una Gammagrafía ósea, y ellos no entendían” [Muestra cierto estupor y sube su tono de voz, muestra cierto malestar por la poca información que se le daba a aquel paciente y a su familia]” (OS, Grupo I, 1:141)*

En el dilema ético presentado por Rosa se evidencia cierta inquietud respecto al qué y cómo suministrar la información a la familia en situaciones en las cuales ésta hace de intérprete a la persona hospitalizada. ¿Cómo garantizar que la información dada a la familia es igualmente entregada al paciente?, ¿Cómo garantizarle al paciente el derecho a estar informado?, ¿A quién informar, paciente o familia?, ¿Quién decide familia y/o paciente?, ¿Hasta dónde la familia tiene derecho? —pregunta última de Carla—:

*[Situación pedagógica 12] “19:20 h Rosa lee el caso ético: Dimarts 5 d’abril ens va arribar a la unitat un pacient marroquí, procedent del servei d’urgències per presentar crisis comicials amb relaxació d’esfínters. En el reconeixement li van observar una tumoració a nivell perianal i li van haver de desbridar, per aquest motiu van decidir ingressar-lo. Cal esmentar que aquest pacient pateix una tumoració glial, de la qual va ser operat al seu país i actualment acudeix al servei de radioteràpia. Suposo que per aquest motiu i per la barrera idiomàtica el pacient es mostra poc comunicatiu.*

*Durant el transcurs de la tarda va venir a visitar-lo la seva germana, quan vam sortir de la habitació després de fer-li la cura, la seva germana em va preguntar que sabia sobre el desbridament que li havien fet, si era dolent i si tenia relació amb la tumoració glial. Jo no vaig saber que dir-li, així que vaig avisar a la meva infermera, ella li va contestar que això hauria de parlar-ho amb el metge, que nosaltres només sabíem el que l’havien fet i que ens ocupàvem de fer-li la cura.*

*Dilema ètic*

*Fins a quint punt com a infermers/es podem arribar a informar? Hauríem de preguntar primer al pacient si vol que donem aquesta informació als familiars? Però que passa si el pacient es estranger i depèn de que els familiars li tradueixen la informació?*

*Rosa: “¿Hasta qué punto puedo yo como estudiante informar al paciente?” y ella [la familia] ha dicho que tampoco podían decirle [al paciente]. Menciona que la hermana del paciente “nos dijo que tenía una tumoración en la cabeza, pero fuera de la habitación del paciente. El paciente decide de lo que la familia le traduzca”*

*Carla: “El paciente depende de lo que la familia le traduzca”*

*Aura: “Claro, la familia decide más que el paciente, y si el paciente pregunta”*

*Rosa: “es que el paciente es como si no estuviera, le traducían (...) le informas al paciente o a la familia, y luego ¿qué va a decirle la familia al paciente?”*

*Prof. Blanca: ‘Aquí hay varias cosas, el idioma y la comunicación, es una barrera importante, (...) se desconoce hasta qué punto el paciente no sabe de su enfermedad, la edad, el ámbito cultural y las condiciones sociales del individuo. Y si encima tienes una tumoración’*

*Rosa: “A mí lo que me choca, es que no le informen”*

*Esteban: “¿La familia lo sabía?” Rosa: “Si, la familia lo sabía”*

*Carla: “¿Hasta dónde la familia tiene derecho?”*

*Rosa: “Yo me cabrearía muchísimo”*

*Prof. Blanca: “Ya hay una barrera, qué nivel cognitivo tiene ese paciente... a veces esto pasa con los mayores, y aún tienen toda su capacidad para decidir”*

*Rosa: “¿En este caso, se podría llamar a un traductor?”*

*Prof. Blanca: Comenta de la existencia de traductores por vía Web o la azafata, y del papel que la familia hace de intermediario. “Aquí en nuestra cultura paciente y familia están unidos, a veces la familia que conoce más al paciente, toma decisiones que él no autorizaría” (...) “Es difícil, eh!, la información tienen que darla poco a poco, o te rebota y hacen negación. Saber dar las malas noticias progresivamente también, ni muy agresivamente, es así, el momento y la medida (...)” (OS, Grupo 1, 1:146)*

Otro aspecto importante aquí es el enfrentarnos al cuidado del paciente donde hay una barrera comunicativa debido al idioma. ¿Cómo superar estas barreras idiomáticas y lograr una comunicación que le permita a esta persona estar informado y comunicar sus necesidades/inquietudes?

En el seminario cada uno y una presenta sus preguntas, sus posibles actuaciones, sus respuestas en el momento. Un poner los pies en la situación, en la cual ninguno/a tiene la última respuesta, la única y verdadera... como dice Blanca situaciones éticas que surgen y que en ocasiones no hay una solución o única respuesta. Así son los dilemas, complejos, diversos, continuos, caóticos... y la enfermería día a día se enfrenta a ellos y los/as estudiantes de



enfermería son co-partícipes, son movidos, afectados por estas situaciones de la práctica. Les plantea, muy seguramente, juicios de valor, confrontación con sus valores y creencias personales, deliberación y toma de decisiones in situ.

Algunas preguntas que pude ir deshilando tras la experiencia vivida en el seminario con la profesora y los/as estudiantes fueron: ¿Qué le resuena al/a la estudiante en su futura praxis profesional, la experiencia de compartir en el seminario aquellas situaciones de conflicto ético y cómo resuena en su práctica las aportaciones dadas por la profesora Blanca y por los/as compañeros/as?

#### **6.5.3.2 Miedo a dar una mala información.**

Otra preocupación del/de la estudiante de enfermería es el dar una mala información al paciente y/o a la familia por desconocimiento de la evolución clínica de éste en el momento de ir a responder un timbre o al administrar la medicación y no conocer en profundidad la situación clínica. Desconocimiento que le genera al/a la estudiante incertidumbre. Aura lo relata en sus diarios así:

*“El martes, nada más llegar y como todos los días, me puse en marcha con Begoña (mi enfermera referente de la mañana) con la preparación de la medicación de las 14 h. En cierta parte esta forma de empezar la jornada me genera diferentes sensaciones: por una banda, empezar con tal nivel de actividad hace que se me ponga en marcha el cuerpo y la mente, cosa que me conlleva a coger un buen ritmo de trabajo y estado de alerta. Por otra parte, iniciar así la jornada, administrando medicación sin, a veces, conocer la evolución del paciente en los turnos anteriores, me genera cierta incertidumbre, pues muchas veces al entrar en las habitaciones me preguntan sobre posibles cambios en su tratamiento, dieta, pruebas, etc., y que en ese momento no puedo solucionar por desconocimiento. En estos casos, les comento mi ignorancia sobre el asunto pero que en seguida, o en medida de lo posible, les solvento tras comunicarles lo que su enfermera referente me ha transmitido al comentarle la cuestión planteada.” (D3, Est Aura, 1:49)*

En esta situación de incertidumbre, percibo la franqueza de la estudiante para expresar al paciente y/o familia el desconocimiento de la información solicitada, también una preocupación por dar respuesta (informar) al paciente y familia, y empatizar con lo que aquel desconocimiento puede generar en el paciente y/o familia “*intento solucionar dicha cuestión para minimizar la duda, ansiedad o preocupación de los pacientes y/o familiares.*” En los siguientes diarios Aura manifiesta como esta sensación ha menguado gracias al hecho de sentirse más adaptada y con soltura en la unidad, el sentirse apoyada por el equipo, de quienes valora su disponibilidad, experiencia y voluntad en la enseñanza y colaboración hacia el/la estudiante, y, el acudir a la enfermera para plantearle las cuestiones presentadas:

*"También he de comentar que el miedo a la incertidumbre o el no saber cómo actuar frente a la llamada de un timbre (alarma de la bomba de perfusión, atender a las cuestiones o demandas de los familiares y/o pacientes, etc.) han menguado bastante, puede ser por estar aprendiendo a desenvolverme en tales situaciones, porque me siento más adaptada y “suelta” en la unidad y/o porque cuento con el apoyo de un equipo (enfermeras/-os y auxiliares, principalmente) que me ayuda a resolver cualquier duda ante cualquier situación que se me presente. Así pues, pienso que es de gran valor tener como referencia a un equipo tan predispuesto a enseñar y a colaborar, (...) pues continuamente uno se enriquece, ya sea de conocimientos como de buena voluntad." (D4, EstAura, 1:66)*

*"A lo largo de estas dos últimas semanas he visto cierto cambio en mi actitud, sobre todo, de cara a los pacientes. La vergüenza o el miedo a dar una mala información o ignorar la respuesta a una pregunta evocada por ellos, en cierta parte, ha menguado, pues me veo con más capacidad para resolvérsela que antes, eso sí, si realmente desconozco la respuesta, no dudo en comunicárselo e intento solucionar dicha cuestión para minimizar la duda, ansiedad o preocupación de los pacientes y/o familiares." (D6, Est Aura, 1:123)*

#### **6.5.4 El acompañamiento del/de la enfermero/a tutor/a: Cuidar a la estudiante y Cuidar a la persona hospitalizada.**

##### **6.5.4.1 ‘El estar-presente, el hacerte-estar-presente’.**

El enfermero pone en evidencia la presencia de Irene, la ve como persona y dialoga genuinamente con lo que es ella, con lo que lleva dentro, tiene esa aguda sensibilidad para reconocerla a ella en sus saberes, de este modo supera esa mirada hacia la carencia del estudiante

que es limitadora, negadora y reduccionista. Este diálogo virtuoso/genuino lo logra porque mantiene una actitud de **apertura, receptividad, disposición o asequibilidad**, y se manifiesta en sí mismo como un ser "presente" (Paterson & Zderad, 1979). Para Bárcena (2005: 219), "«llevar» al otro a su presencia no quiere decir dirigirlo —dirigir su mirada, sus gestos, sus movimientos—, sino acompañarlo, viajar y conversar con él”:

*“Sí, es que el estar-al-lado-de o el-estar-presente o el hacerte-estar-presente es súper importante y considero que sí que es cierto que eso se aprende, pero también va en la persona, Irene fue capaz de hacerlo porque lo lleva dentro también, lo que pasa es que mi tarea es hacérselo saber de que lo llevas dentro pero tienes que exponerlo, tienes que ofrecerlo, no, tienes que saber que esto se ha de dar que no te lo tienes que quedar para ti, luego hay personas que por su forma de ser, por su personalidad, pues, no tienen ese nivel de dar o de ofrecer son más intrínsecos en ese sentido son más suyos, son más propios, totalmente respetable, pues tendremos que explotar otros aspectos, pero como yo considero que esa porción del cuidar es súper importante, el acompañamiento (...) lo intento explotar siempre que puedo.” (E, Enf Jordi, 4:32)*

Al preguntar al enfermero respecto a cómo vislumbra esa capacidad de acompañamiento de la estudiante, deja entrever como el tiempo, el encuentro, el espacio y lo que cada uno/a es y abre en la relación, modulan esa presencia (acompañamiento, en palabras de Jordi), ese ‘estar-presente o hacerte-estar-presente’:

*“No lo sé, son sensaciones que tengo como persona, tú cuando miras a alguien los ojos puedes ver si es cercano o no es cercano, [Nelly: ya] si una persona no te mira a los ojos, ¿no?, ya te está diciendo que, bueno, quizá al principio pero tú le puedes dar otra oportunidad y, pues tú ya notas si es cercano, si no es cercano, si puedes coger confianza, si no puedes coger confianza, [Nelly: ya] pues, en función de eso, conforme van pasando las horas, los días, tú puedes modular esa presencia, y esa capacidad de explotar ese puntito de acompañamiento que pueden tener, (...)” (E, Enf Jordi, 4:33)*

En ese ‘estar-presente o hacerte-estar-presente’, el ser y el hacer de la enfermería se entretrejen, es estar con el paciente en el momento y no con la mente o el sentimiento en otro sitio. Es estar físicamente actuando, mentalmente pensando y emocionalmente sintiendo con/para el otro/a en un tiempo y espacio único, como afirma Paterson y Zderad (1979), es un

instante precioso y lleno de promesa y temor, en el que dos seres humanos permanecen al borde de la mediación, ¿debería dejarle entrar, me abriré?

*“(…) pero sí que considero que es súperimportante para el profesional enfermero aunque suene muy teórico el acompañar al paciente, simplemente el hecho de entrar a la habitación y de mirarle, sonreírle, hacer así con la cabeza [movimiento de cabeza de abajo hacia arriba y hacia sí] y volver a salir, ¿no?, no sólo tienes que entrar a la habitación para hacer tareas, pues con eso se extrapola al alumnado, se extrapola a la compañera, se extrapola a todo y a la vida diaria, el acompañamiento es básico para las relaciones interpersonales con todo el mundo y si nosotros nos encargamos de cuidar, más todavía, (…) entonces hay personas [estudiantes] que se pueden potenciar más esos conceptos, hay personas que menos, pues a las que menos como forma parte yo lo considero un factor intrínseco, pues ahí intentas explotar otras cosas, pues las técnicas o no lo sé un poquito la empatía quizá, pero la cercanía yo creo que es **el acompañamiento es muy intrínseco, es algo que lo llevas muy dentro, muy dentro.**” (E, Enf Jordi, 4:33)*

Este ‘estar-presente y hacerte-estar-presente’ con la persona hospitalizada y/o con el estudiante, es, en otras palabras, estar-ahí con intencionalidad, ya sea profesional o pedagógica, y con compromiso, incluso, político:

*“(…) **la alumna sabe que tú estás cuidando de “ella” y eso hace que ella esté mejor, el paciente igual, la compañera igual, el equipo igual** y de eso se trata y más ahora con los tiempos que corren, lo puedes ver desde un punto de vista negativo o positivo, hay gente que dice: ‘ahora con todo el trabajo que hay, lo mal que nos tratan laboralmente y económicamente que voy a perder el tiempo, bastante faena tengo yo con poner la medicación, hacer las curas y gestionar todo lo que tengo que gestionar’, vale, o puedes verlo desde un punto de vista positivo y decir: ‘con todo lo que está cayendo hoy y lo mal que nos tratan laboralmente, económicamente, no en los hospitales, bueno, los recortes que están viniendo desde el gobierno todo esto. [Nelly: Toda esta situación claro.] ¿Pues, si no nos cuidamos entre nosotros quien nos va a cuidar?’, ¿no?, si tú ya vienes de un entorno externo negativo porque el ambiente, el mundo, el país está mal, ¿vas a trabajar también molestando o ayudando a generar más malestar general a los compañeros? Pues no. ‘Vamos a apoyarnos entre todos, si entre todos no tiramos para adelante esto ¿qué vamos a hacer?’, ¿no?’” (E, Enf Jordi, 4:28)*

#### 6.5.4.2 Orientar hacia una relación de confianza entre persona hospitalizada y estudiante.

Otro rasgo de la enseñanza del enfermero, además del acompañamiento, es el orientar su práctica pedagógica de modo tal que contemple el favorecimiento de una relación de confianza (y seguridad) entre estudiante y persona hospitalizada:

*“(…) sí que es cierto que el paciente en todo momento sabe que Irene, pues, viene a aprender y, realmente cuando la alumna tiene capacidad para hacer actividades sola o para hacer cualquier cosa sola y entra a la habitación, el paciente también ha hecho un ejercicio de confianza con ella porque lleva días viéndola y lleva días sabiendo cómo hace las cosas, pero claro, por algo se empieza, cuando te encuentras con un paciente nuevo, pues, entras, te presentas, presentas a Irene, le explicas a Irene in situ ese día los dispositivos que lleva, **haces una reflexión del por qué los lleva con preguntas abiertas para que ella exponga todo lo que ella sabe** y en el momento en que ella responde, como siempre suele hacerlo bien cuando le haces preguntas abiertas, tampoco, el paciente tampoco es muy consiente realmente cuando haces preguntas abiertas si realmente se equivoca o si no, bueno, realmente muchas veces casi siempre lo responden bien, **cuando hay algo que retocar de esas respuestas o de corregir se intenta hacerlo fuera de la habitación para que el paciente no lo escuche, para no dejar en evidencia a la alumna hay delante precisamente** [Nelly: Ya] y con todas estas actividades el paciente va cogiendo confianza porque él la va conociendo, él sabe que ella, piensa que está aprendiendo y lo hace bien y, bueno, pues, él también vive la progresión de que yo la acompaño, de que vamos juntos, de que luego le doy más cuerda, más cuerda, más cuerda y cuando el paciente no se da cuenta, ni ella se da cuenta están los dos solos en la habitación, el paciente como paciente con total confianza hacia la alumna porque la ve como una más del equipo, no la ve como alumna ya, aunque sabe porque días anteriores o se ha presentado como alumna que viene a aprender y la alumna tiene completa confianza porque está segura de lo que va a hacer, entonces ahí vuelves a **establecer una relación, un feedback, fíjate que ya hablamos de tres campos, ya no hablamos sólo de profesor-alumna y alumna-profesor sino que también entra en juego el paciente en todo ese proceso de aprendizaje**, estás enseñando al paciente a que sepa que ella es alumna sin darse cuenta cada vez con mi presencia, **mi presencia se va alejando, alejando, alejando y al final se han encontrado solos los dos en una relación terapéutica, él hace de paciente cien por cien con ella, le da confianza y ella de enfermera aunque tiene el rol de alumna, y los dos no se han dado cuenta que se han encontrado solos, ella haciendo su actividad completamente correcta y él haciendo de paciente sin ningún problema e incluso le expone sus necesidades como las puede exponer a mí, eso también es bonito.**” (E, Enf Jordi, 4:17)*

Del relato de Jordi, me pregunto si puede hablarse también de un *Círculo virtuoso de la confianza entre enfermero/a —estudiante— persona hospitalizada*:

En donde, el enfermero proporciona confianza y seguridad a la persona hospitalizada y a la estudiante. Por un lado, hace una mediación intersubjetiva con la persona hospitalizada, al presentarle y estar junto a la estudiante y percibir que la persona autoriza la presencia de la estudiante; por otro, hace una mediación intersubjetiva con la propia estudiante, al tranquilizar a ésta previamente fuera de la habitación, al 'repasar previamente los pasos', proporcionando las descripciones necesarias antes de ingresar a la habitación y/o retroalimentando con críticas constructivas o reflexiones sobre la acción después de salir de la habitación. Por su parte la estudiante capta esa confianza, seguridad y presencia del enfermero, como también el sentirse como una más del equipo, es decir, que *pertenece* a la unidad; es así que, en el interior de la habitación del paciente puede estar con confianza y desplegarse de manera más auténtica, con la seguridad para *ser* y *hacer*. Por consiguiente, el paciente capta la confianza que genera la relación enfermero/a - estudiante, y, finalmente éste confía recíprocamente en la enfermera/o y el estudiante, y 'les autoriza para *estar* y *hacer*':

*"Una vez pasado el parte, el enfermero se presenciaba y se presentaba, 'mira, soy Carles, soy su enfermero de referencia voy a hacer tal y tal' y también me presentaba, 'mira, esta es Aura, que también está conmigo, mi compañera'."* (E, Est Aura, 2:34)

*"Jordi: (...) que puedas errar a la hora de comunicarte con el paciente y eso produzca un malentendido también lo intento evitar, porque mi última intención es que el paciente no se encuentre mal en ningún momento, entonces siempre doy ciertas pautas antes de, cuando vamos a entrar en la habitación del paciente, pues, siempre le digo a Irene en este caso le decía: 'bueno, vamos a presentarte como alumna pero tú aunque seas alumna y aunque no sepas hacer una técnica yo voy a estar al lado tuyo y siempre tienes que entrar dándole la sensación de confianza al paciente', y es una actividad que siempre les hago hacer porque cuando pinchan por primera vez, canalizan una vía por primera vez, sondan por primera vez, las pobres están nerviosas y es normal, ¿no?, y aunque tú intentes transmitir tranquilidad, pues, siempre algo queda de nerviosismo pero eso no se lo puedes transmitir al paciente porque él tiene que tener una sensación de seguridad porque tú estás ahí para cuidarle y entonces, bueno, pues, también entra ahí en juego otro reto, que les pones a ella es decir: 'bueno, entramos y aunque tú no sepas hacer ciertas cosas yo te las voy a explicar', cuando te pones a hacer el ejercicio de tranquilizarte, dar sensación de esa seguridad, que el paciente necesita porque nosotros estamos al servicio del paciente, quieras o no quieras, y con eso con todo, luego hay preguntas que se puedan hacer delante de él sin ningún problema para eso está, para aprender pero hay ciertas cosas, ciertas preguntas, pues, 'bueno, vamos a sondear al paciente, bueno, pues antes de entrar repasamos los pasos, es lo que hacemos antes, primero se hace esto, luego*

*se hace esto, luego se hace esto y yo voy a estar al lado tuyo y si tienes alguna duda tranquila que yo me daré cuenta y lo resolveremos sin que el paciente se dé cuenta y no hay ningún problema' pero siempre sensación de seguridad porque el paciente también tiene que ir evolucionando en esa relación alumno - paciente, ahora tenemos que saber que es como todo, si tengo un paciente que hay un día que el paciente se da cuenta de que tú no eres segura o no se va a fiar de ti, entonces tenemos que evitar ese momento, por supuesto él sabe que estás aprendiendo, pero la seguridad ante todo [Nelly: Vale, vale]" (E, Enf Jordi, 4:16)*

¿Podría plantearse que sucede a la vez un *Círculo virtuoso de la confianza entre estudiante y persona hospitalizada?*

En donde, el/la estudiante progresivamente **conoce** a la persona hospitalizada, y le proporciona u ofrece confianza y seguridad a ésta; en gestos y actitudes que va interiorizando en su *hacer* como el acto de informar, el conectar con la experiencia del otro/a, el "*ir con cuidado*", el reflexionar en la acción, el desenvolverse delante de problemas que encuentra durante la ejecución, el anticiparse a la necesidad el paciente. De igual manera, la persona hospitalizada **conoce** a la estudiante y capta la confianza y seguridad que transmite ésta. Y por consiguiente, la persona hospitalizada confía (se fía) en el *hacer* del y de la estudiante.

Al menos en los primeros estadios de la práctica clínica del estudiante es necesario fortalecer y orientar al estudiante hacia el establecimiento de una relación intersubjetiva —soportada en la confianza— con la persona hospitalizada, proporcionando los recursos necesarios y rescatando las cualidades/virtudes que trae el/la estudiante.

El/la estudiante necesita que la persona hospitalizada se *fíe* de él/ella. Y éste es quizás, otro de los aprendizajes experienciales de la práctica clínica, el aprender a conseguir la confianza de la persona hospitalizada, del otro/a, y para ello se arriesga:

*"(...) estando más con él, hablando más con él, intentándole, pues, al final ves que, no sé, te mira ya con otros ojos, al final acaba como ya cogiendo no mucho pero acaba cogiendo como más confianza y ya luego me miraba con otros ojos [ríe], el primer día sí que me miraba en plan, pero bueno, luego ya, los últimos días cuando ya estaba mejor y tal, pues, ya me miraba con otros ojos, yo entraba y le preguntaba '¿Qué tal?,'*

*¿Cómo has pasado la noche?’, entonces ya me abarcaba un poco más, pero yo creo que lo conseguí por eso a base de insistencias, de hablar con él, de intentar que tuviera un poco de confianza en mí, (...)*” (E, Est Carla, 2:91)

Pero también, el paciente es una fuente de enseñanza, de comprensión y de confianza hacia el estudiante. Es la relación intersubjetiva vivida entre estudiante y persona hospitalizada, el recurso potencial que proporciona al y a la estudiante la confianza para *hacer* y para *estar* en la relación:

*“El viernes mi enfermera tuvo fiesta, así que estuve con la suplente. Tuvimos que hacer una analítica y me dejó pinchar a mí. La paciente no tenía muy buenas venas, al primer intento no lo conseguí, así que tuvimos que volver a pinchar una segunda vez. Tuve que pincharle en la mano, que era donde estaba más claro, esta vez conseguí realizar la extracción.*

*He de decir que esta paciente me da mucha confianza, (...) siempre me dice que esté tranquila, que tengo que aprender. (...) Encontrar a tan buenos pacientes y además buenas personas siempre es de gran ayuda.”* (D4, Est Rosa, 1:70)

*“¡Ah! Sí, sí. (...) era una persona que tenía que hablar mucho, y yo creo que ella tenía don de palabra y don de relación, y una vez que le hicieron una cura, aquello había sangrado mucho, tenía todo el apósito manchado y me mareé, tuve que salirme de la habitación, y claro, cuando volví me dijo: “Tú Rosa, tranquila, ¡eh!, que no pasa nada, que si vuelvo a manchar, tú vienes y me lo vuelves a cambiar, pero tú tranquila, no te pongas nerviosa que todo el mundo viene aquí para aprender”, y cuando iba a hacer una analítica o algo me decía “Tú mira por donde quieras y hazme lo que quieras, que yo no te digo nada, tú tienes que aprender y estás aquí para aprender, que yo de ti estoy muy segura, porque yo te veo”, o sea que te da mucha seguridad e incluso a veces que hablabas con ella, un día que estuve hablando con ella que estaba muy decaída por eso porque le habían hecho transfusiones de sangre y la anemia no había mejorado y me dio las gracias porque decía que el hecho de que sólo la escuchase, de sólo estar ahí un ratito y escucharla, que para ella era muy importante porque la había animado mucho, aunque sólo fuera escuchar pero que ya le liberaba mucho. No sé, yo la recuerdo como una persona, una gente muy agradecida, y que me dio mucha confianza el hecho ese de que todo me decía: “tú, tranquila, tomate tu tiempo”. También fue al poco de empezar las prácticas, y claro, encontrarte a gente así que te da tanta confianza y seguridad, siempre es de agradecer y me motivaba mucho ella, siempre te decía: “no, que tú lo haces muy bien”, siempre se agradece.”* (E1, Est Rosa, 2:46)

El relato de Rosa desvela tanta presencia en sus relaciones intersubjetivas con el otro/a, una presencia que conecta con el otro/a, una conexión para dar y recibir —estudiante y persona hospitalizada dan y reciben de manera simultánea en la situación humana en la que se



encuentran—. “El llamado y la respuesta en el diálogo de la enfermería se desarrolla en ambas direcciones, es transaccional” (Paterson & Zderad, 1979: 58):

*“(…) te implicas, es que realmente te importa porque los ves cada día y como que te importan, que si no te importan tienes un problema creo yo. Yo siempre lo digo que pareceré muy tímida pero con los pacientes no me cuesta nada hablar y explicarles, y todo eso, claro, porque me sale, no sé. No lo entiendo porque soy muy tímida, pero con ellos enseguida voy y digo: “hola, no sé qué, no sé cuánto” y ya ves que lo agradecen.” (E1, Est Rosa, 2:54)*

*“Otro aspecto que quiero destacar fue el día en el que me despedí de los pacientes y, de sus familiares, si se encontraban presentes. El momento más emotivo que viví fue en el momento en el que le comenté al Sr. Antoni, un hombre mayor de 84 años, que me iba. El hombre, que era un mar de consejos positivos y bondadosos, me animó por el hecho de rotar de unidad para así, poder aprender más, pero a su vez, se emocionó mostrando una tierna sonrisa y sujetándome la mano. Fue increíble y muy satisfactorio.” (D7, Est Aura, 1.175)*

#### **6.5.4.3 Ponerse delante de la emoción del otro/a.**

En un primer momento, había subtitulado este apartado con ‘Negociar los cuidados con la persona hospitalizada’, pero releer una y otra vez la siguiente observación, considero que más allá de una negociación de los cuidados lo que sucedió fue un ponerse delante de la emoción del otro/a. La siguiente situación humana emergió como todas las situaciones imprevisibles en la enfermería, de manera espontánea:

*[Situación pedagógica 13] “15:20 h. Posteriormente entramos en la habitación 17 donde se encuentra la Sra. Marina, es una mujer mayor de edad que por su diagnóstico médico y proceso de infección precisa de estar en una habitación individual y aislada. De acuerdo con el protocolo de aislamiento de contacto antes de entrar a ésta, nos era preciso colocarnos bata y guantes. El enfermero, Irene y yo procedemos a colocarnos éstos. Al adentrarnos en la habitación, la Sra. Marina se encontraba sentada en el sillón de la habitación, el cual está ubicado de manera contigua al costado izquierdo de la cama. El enfermero al entrar a la habitación se ha dirigido a ella, al parecer es una mujer que solicita con frecuencia ser atendida por el personal de enfermería, que llama al timbre en varias oportunidades, incluso de manera injustificada [Me expresa el enfermero]. Es así que el enfermero en un tono de voz respetuoso, seguro, sereno y de afirmación le manifiesta que ellos —los(as) enfermeros(as)— procuran hacer lo mejor y estar ahí a tiempo atendiendo a su llamada, pero también hay otros pacientes que seguramente cuando ella llama o que cuando ella quiere que se le pase ya a la cama o se le acomode, requieren de atención y también llaman, razón por la cual en ese justo momento no pueden atenderle, le pide esperar un momento porque también se está con otros pacientes, le reitera que las*

*cosas no son de 'ya', de que se pide y es 'ya, ya ahora mismo', sino que hay que comprender un poco que también hay otros pacientes, le manifiesta que él no quiere dejarla a ella por ir a responder 'un ya' de otro paciente y que él también quiere estar ahí con ella para acompañarla y charlar. (...)" (O3 PA, Est Irene, 3:34)*

El enfermero se dirige a ella en un tono seguro, respetuoso, franco, y sin infantilizarla, le habla con honestidad respecto a la demanda de sus llamadas, le expone la situación y el contexto, es enfático en decirle que al estar-ahí con ella no irá a responder otra llamada de otro 'ya'. El enfermero *conoce* a la Sra. Marina, en razón a que lleva varios días de hospitalización en la unidad. Esto me lleva a pensar cómo mostramos o transferimos al estudiante el poner un límite de manera asertiva a la demanda del o de la otro/a, un límite que sea respetuoso con su experiencia, pero a su vez, respetuoso con la experiencia laboral del y de la enfermero/a y el límite profesional.

La paciente, una mujer mayor de edad que en sus palabras y gestos deja asomar su soledad, su tristeza y fragilidad, reconoce la escucha del enfermero hacia ella:

*"Luego de las palabras del enfermero, observo lágrimas en los ojos de la paciente, unos ojos cuya mirada está inclinada hacia abajo, unos ojos que denotan ausencia, tristeza y dolor, ella le responde: "Tu eres el único que me escucha los otros no me ponen atención ni mi familia" (...)" (O3 PA, Est Irene, 3:34)*

El ambiente de la habitación es de silencio y de empatía, el enfermero se acerca a ella, conecta con el sentir de la paciente, conexión que Riera (2011) llama '*yo siento que tú sientes lo que yo siento*'<sup>106</sup>:

*"(...) Surge un momento de silencio en la habitación, el enfermero se acerca e inclina hacia ella, la mira y le dice: "¡A ver! entonces dame un abrazo", el enfermero con sus brazos le abraza a ella. Este gesto de él, la lleva a ella a un profundo llanto, sollozante y a decirle una vez más, esta vez con sus ojos más empañados en lágrimas y su mirada*

---

<sup>106</sup> Para este autor, "la empatía es una poderosa herramienta de nuestro funcionamiento cerebral que, por un lado, nos permite sentir lo que el otro siente y, por otro, detectar sus intenciones." (Riera i Alibés, 2011: 117) (...) "Cuando dos subjetividades conectan (conexión intersubjetiva o emocional) se experimenta la vivencia del «yo siento que tú sientes que yo siento...»." (Riera i Alibés, 2011: 133) (...) El psicoanálisis clásico pretendía que éste fuera neutral, las perspectivas contemporáneas, en cambio, entienden que la neutralidad es imposible. En el cap. 4 titulado *La intersubjetividad*, Riera hace una profundización al respecto.

*fija hacia abajo: ‘Es que tú eres el único que me pone atención, incluso ya esta mañana vino el cura y me pregunto si me quiero confesar’. Inmediatamente el enfermero le [consuela] dice: ‘Tú todavía no pienses en eso, tú ánimo, para adelante’. Ella le responde: ‘sí, pero ya es que estoy sola, no me ponen cuidado’. Él nuevamente le expresa: ‘no, tú tranquila, ánimo’, palabras de ánimo que le reitera en varias oportunidades. (...)’ (O3 PA, Est Irene, 3:34)*

La teoría puede dar unos estándares o prescribir cómo actuar o cómo apoyar emocionalmente, pero la incertidumbre y la espontaneidad en que emergen las situaciones clínicas, nos lleva a ponernos delante con nuestros recursos internos, y con los modos en cómo nos relacionamos delante de la emoción del otro/a. Es probable que como docentes o como profesionales de enfermería mostremos/transfiramos al y a la estudiante modos de comunicación y modos de relación que no nos hemos cuestionado. El/la estudiante observa cómo la enfermera o el enfermero se relaciona delante del paciente, se encuentra en la búsqueda de cómo adoptar una actitud profesional delante de éste, así que capta aquello que le puede dar pistas o ayudar en esta búsqueda:

*“(...) La paciente llora aún más, la estudiante (Irene) dando palabras de ánimo, le dice: ‘no, a ver es por tu bien’. Juntos le dan palabras de ánimo, le limpian las lágrimas de sus ojos y después de este momento impregnado de emociones, retiran las almohadas del sillón que le amortiguan su espalda, su cabeza y sus pies, levantan a la Sra. Marina del sillón para llevarla hacia su cama pero ella desea quedarse en el sillón, al parecer su llamada era para que la acomodasen en él, entonces vuelven a acomodarla en éste, le ponen las almohadas que protegen a la mujer de úlceras de presión en aquellas zonas con prominencias óseas, es una mujer de contextura gruesa. (...)’ (O3 PA, Est Irene, 3:34)*

El enfermero en esta situación consuela a aquella mujer, y se pone delante de la situación con un gesto de autenticidad<sup>107</sup> y de presencia (manifestada en sus palabras, en sus gestos de acompañamiento). La estudiante está presente en la situación, empatiza con la experiencia de la paciente, proporciona gestos y palabras de acompañamiento y se siente autorizada para hacerlo. Es una situación en la que se combinan varios rasgos/cualidades del cuidado de enfermería, la

---

<sup>107</sup> Para Paterson y Zderad (1979: 21) “En la enfermería humanística, la conciencia existencial requiere de la autenticidad con uno mismo. Como aspiración visionaria, dicha autenticidad y sensibilidad es más que lo que generalmente se denomina conciencia intelectual. (...) **La autoconciencia, sensibilidad, autoaceptación y realización de las potencialidades nos permite compartir con otros, de modo que ellos puedan entrar en relación con nosotros**” [negrilla mía].

conexión con la emoción del otro/a, el escuchar, la empatía, el respetar y el tener tacto delante de la experiencia vivida del otro/a. ¿Somos conscientes de qué transferimos y qué no al/a la estudiante en las relaciones de cuidado con el/la otro/a?

Al preguntar al enfermero Jordi sobre la vivencia anterior, resulta interesante la implicación a nivel emocional, e incluso psicológica, que representa el cuidado de paciente altamente demandantes, para la/el enfermera/o:

*“Nelly: Sí también recuerdo que alguna vez la Sra. Marina, no sé si recuerdas [Jordi: ¡Uy!, y tanto, ¡qué difícil!, (ríe), la relación con Marina y la empatía allí me costó muchísimo], ¿sí?”*

*Jordi: ¡Uf!, sí, era una paciente que exigía mucho, nos exigía una energía, o sea, nos quitaba una energía emocional brutal, brutal, era una paciente con una carga de trabajo enorme pero a nivel psicológico tenías que gestionar las emociones con ella ¡uf!, muchísimo y, bueno, pues, una vez más Irene hizo ahí un ejercicio enorme, era una paciente que cada cinco minutos llamaba al timbre, porque estaba muy sola y no quería estar sola [Nelly: Ya], bueno realmente no eran llamadas justificadas porque igual era, pues, para encender o apagar la luz veinte veces o para cambiar de canal de televisión o para mover el vaso un centímetro a la derecha o un centímetro a la izquierda, son situaciones que claro, cuando tú tienes más pacientes a tu cargo y estás ocupándote de ellos porque lo requieren, bueno, pues, tienes que gestionar muy bien, porque tienes que hacerle entender a esa paciente de que realmente las cosas no deben de ser así, pero también tienes que entender que esa paciente lo hace por algo, porque no es que esté desorientada, no, ni que tenga un déficit cognitivo, sino que requiere cariño y acompañamiento y entonces habían momentos que Irene lo gestionó muy bien pactando con la paciente el hecho de que, bueno, 'no haga usted ciertas llamadas al timbre que no requieran una atención inmediata, pero yo estaré con usted luego un rato y la escucharé, estaremos juntas y me expondrá sus inquietudes y yo lo contestaré', (...) Irene se daba cuenta de la situación y, pues, era capaz de negociar, (...) y la señora la verdad que se quedaba siempre conforme y se notaba mucho, porque ella hubo un momento en que, pues, no hacía ciertas llamadas al timbre, bueno, fue un ejercicio de paciencia y empatía importante. [Nelly: Ya, ya, ya]*

*Nelly: Dices esto de quitar energía emocional ¿a qué te refieres?”*

*Jordi: Mucha, mucha, hay pacientes que requieren mucha energía, mucha carga de trabajo física, y luego hay pacientes que realmente no requieren unas curas, unas técnicas importantes pero emocionalmente te quitan una energía brutal y para mí éstos son los que más trabajo dan porque, bueno, el físico te acuestas en la cama y al día siguiente estás nuevo, pero lo emocional cuesta mucho, más cuando trabajas todos los días, con los mismos pacientes, pero hay gente que tiene más capacidad de desconectar y hay gente que menos y eso también es un ejercicio que yo quizá personalmente me cuesta mucho transmitir porque yo soy malísimo desconectando, pero bueno.” (E, Enf Jordi, 4:1)*

La práctica de tutoría que he venido describiendo está orientada a formar a la estudiante como enfermera desde una perspectiva holística, está centrada en *Cuidar al estudiante cuidando al paciente*.

Algunas cuestiones que emergieron tras la anterior situación vivida con la Sra. Marina fueron: ¿Cómo transferimos a la y al estudiante el poner un límite a la demanda injustificada de atención del otro/a?, ¿Qué nos dice y cómo actuó yo delante de una demanda injustificada de atención de un paciente?, ¿Cómo diferenciar la demanda injustificada de la demanda real?, ¿Cómo gestionamos o negociamos aquellas demandas injustificadas con el paciente?, ¿Existen realmente demandas injustificadas?

### **6.5.5 ‘Ir con cuidado acorde a la singularidad de la situación’.**

#### **6.5.5.1 *Tratar de forma individualizada según la situación actual del paciente y de la familia.***

En la siguiente observación puede apreciarse el diálogo que se establece no sólo con la persona hospitalizada sino también con la familia, reorientando un incidente en la asistencia a esta persona:

*[Situación pedagógica 14] “15:20h. (...) Allí está la paciente, una mujer de constitución gruesa, con oxígeno (O2) por cánula nasal, sentada en el sillón, portadora de una sonda vesical, con antecedentes médicos como fibromialgia, obesidad mórbida y depresión, se encuentra en postoperatorio mediato de Bypass gástrico. El familiar [su marido] y la paciente relatan al enfermero respecto una experiencia con la enfermera del turno de la noche, quien de acuerdo a lo narrado por la paciente “la hizo sentir una mierda”, ante las solicitudes de la paciente respecto a su movilización y el traslado de cama a sillón, refiere que la respuesta y expresión gestual de la enfermera del turno de la noche la llevaron a sentirse así. (...) La paciente en su relato soltó lágrimas y mostró rubor facial. El enfermero que se encuentra delante de ella se le acerca. El familiar comenta que ella tiene depresión de base, pregunta si la actual cirugía puede desencadenarle un episodio similar a la depresión postparto. El enfermero Jordi les tranquiliza y le dice a la paciente que a lo sucedido en la noche no le dé más vueltas, que la enfermera que vino la noche anterior es un personal ocasional de la planta, que ni él la conoce, le reitera que trate*

*de no darle tanta atención, que lo importante ahora es la mejoría de ella y mirar lo que viene y animarse, (le da palabras de ánimo). También le dice que él estará allí en la tarde y que todo irá bien. (...)* (O4 PA, Est Irene, 3:71)

Al salir de la habitación, el enfermero contextualiza a Irene respecto a la dimensión psicoemocional de la paciente. Para Benner et al. (2010: 56), “el educador clínico redirecciona el pensamiento de la estudiante a su paciente, esto la ayuda a desarrollar un sentido de saliencia sobre qué es lo más importante en esta situación, recordando a la estudiante que el foco sobre el bien-estar del paciente debe ser primario”:

*“(...) Jordi: 'estas pacientes [hace referencia a pacientes en POP bypass gástrico por obesidad mórbida] por lo general, tienen baja autoestima, son pacientes que se sienten feas, que se sienten gordas, que no se gustan, que tiene mala calidad de vida. Por la misma cirugía y enfermedad. De ahí que sean más sensibles y tiendan a deprimirse con facilidad. Su autoestima esta alterada. Lo que debemos hacer es animarla'. La estudiante se encuentra junto al enfermero y escucha su explicación.”* (O4 PA, Est Irene, 3:71)

Al preguntar al enfermero respecto a la situación vivida con la paciente, y su intencionalidad al contextualizar a la estudiante sobre la dimensión psicoemocional de aquella mujer, rescata ese trato individualizado al paciente y a la familia, el tener en cuenta la preocupación del otro/a, mostrar a la estudiante cómo reconducir los incidentes que se presentan en la asistencia y la no instrumentalización, reducción o cosificación de la persona [al no reducirla a una herida o patología o con una mirada más hacia el procedimiento o la técnica]:

*“Sí, bueno, hay muchas veces que en el trato directo del paciente nos olvidamos de su aspecto psicológico y nos centramos en que es un hueco o una herida y con una familia que puede estar ayudando, o puede estar no, es una persona con una familia que lo vive a su manera y que tú te tienes que encargarte de la persona entera, la famosa palabra holística, no, en general todo, todo de ella como persona y de la familia como entorno que tú tienes que trabajar para que le apoye a la evolución del paciente. Claro, todo esto **tienes que tratarlo de forma individualizada según la situación actual del paciente y de la familia** (...) y nos encontramos con un entorno en general enrarecido, negativo cuando llegan, entonces el perfil del paciente es muy especial y, pues, dio la casualidad que justo teníamos que trabajar ese aspecto o potenciarlo, porque había habido un incidente la noche anterior, no a nivel psico-emocional por llamarlo así, como pocas veces nos encontramos con esas situaciones,*

*pues, me pareció interesante planteárselo a Irene para trabajarlo especialmente en esa paciente, y que hay que trabajarlo siempre pero, bueno, hay veces que tienes que poner más fuerza y hay veces que tienes que poner menos y **en este caso, pues hay que trabajarlo muchísimo, volverle a dar esa confianza a la paciente para que no tenga esa percepción negativa del equipo de enfermería, volverle a ofrecer esa empatía, esa confianza en ti, o sea no es yo soy el bueno y la compañera era la mala. No. [Nelly: Ya] Es, bueno, ha sido un incidente, ha sido algo que no volverá a pasar y volvamos a retomar la situación, esto... las cosas no son así, son de otra manera y creo que lo conseguimos (...)** no hicimos nada en especial que quiero decir, no es que tratáramos de favor a esa persona o a esa familia sino que, bueno, **tuvimos en cuenta ese problema que había habido y la tratamos de forma empática y cordial, ¿no?, como debe ser, ni más ni menos y la tratamos como una persona, no como una herida, con un drenaje y unos sueros colgando y ya está, creo que Irene trabajó muy bien también.**” (E, Enf Jordi, 4:35)*

#### 6.5.5.2 ‘Ir con cuidado’.

Esta contextualización holística y multidimensional que ofrece el enfermero, acerca a la estudiante a atender la situación clínica con una mirada más situada, reconociendo la singularidad de la situación e individualizando la necesidad o demanda del otro/a, y, a un *hacer prudente*, tal como lo expresa Irene: **“ir con cuidado a la situación de cada uno”**. De este modo, la estudiante, en palabras de Schön (1992), percibe la situación como si fuese un caso único:

*“(...) Jordi me explicó que estas señoras normalmente tienen la autoestima baja, y si además ella tenía fibromialgia, entonces pues claro, el hecho de que ya su imagen no se ve muy bien y que ya no está a gusto consigo mismo y luego además que tiene los dolores y todo y la operación, bueno las enfermedades y todo se juntó, y claro, se ve que la enfermera de la noche no entendía su situación y, pues no la trató tal y como, porque claro se tiene que **ir con mucho cuidado** porque son pacientes así como más, y ella precisamente era un poco depresiva y claro si encima tiene dolor, pues, estaría un poco baja de ánimo por todo, por la enfermedad y por cómo es ella, entonces claro, si encima si la enfermera de la noche no la trata bien pues a lo mejor le sentó peor, a lo mejor hubiese tratado a otra persona así y no, no lo percibe, ¿sabes?, y pues, al ser así, hay personas más sensibles que otras. (...)” (C2, Est Irene, 4:34)*

*“Nelly: ¿Este ir con cuidado, qué significa ir con cuidado?”*

*Irene: pues, no sé, a lo mejor hay pacientes que no requieren tantos cuidados y vas a la habitación y le pones la medicación, lo arreglas y a lo mejor no requieren tu atención tanto como otras, como por ejemplo éstas [hace referencia a otras dos pacientes] que había que estar pendiente, a eso me refiero, **a tener cuidado a estar pendiente de ellas, de su evolución porque era una situación más delicada, a eso me refiero.**” (C2, Est Irene, 4:40)*

*“Nelly: Esto que acabas de decir de ir con mucho cuidado, eso me lleva a pensar en ir con mucho cuidado de acuerdo a la situación particular de cada quien.*

*Irene: Sí, sí exacto, claro, de cada paciente que tiene dolor en tal sitio, pues hay que tener cuidado con eso, que tiene fiebre, pues hay que controlarle eso, que, no sé, que es muy sensible, pues, **ir con cuidado a eso me refiero, a la situación de cada uno.**” (C2, Est Irene, 4:34)*

En su descripción Irene deja entrever que *ir con cuidado* implica observar de manera cuidadosa, sistemática y empática, estar atento/a, estar por el otro/a, indagar, conectar con la experiencia del otro, proporcionar el apoyo emocional necesario, hacerse sentir presente, reconocer la singularidad de la situación en la que se encuentra el otro/a, y, actuar de manera deliberada, que en la línea de la tradición aristotélica, se conoce por *phrónesis*: “Ese saber de lo singular (*phrónesis*) es intelecto práctico, razón práctica en movimiento que determina acciones concretas, en situación” (Bárcena, 2005: 110).

Ese ‘*Ir con cuidado*’ al que hace referencia Irene, es un saber práctico que ella ha venido interiorizando/obteniendo en cada encuentro y *experiencia (exper-ientia)* de cuidado, un hacer prudente y atento, que implica un *estar y hacer* con centrado en el bien-estar y el desarrollo del potencial humano (tanto de la estudiante como de la persona hospitalizada). Para Bárcena (2005), la *praxis*-acción es el tipo de actividad cuyo efecto no recae principalmente sobre algo exterior, sino sobre el individuo en tanto que agente de la actuación. Parafraseando a este autor, la estudiante determina su acción como sujeto de experiencia, que atraviesa lo que hace y es atravesada por su hacer, por la experiencia que hace, por su *praxis*, y obtiene un saber de experiencia, “***ir con cuidado a la situación de cada uno***”.

Un ‘*ir con cuidado*’ que está nutrido de un saber «pático» que “más que pensarse o razonarse, es un conocimiento que se siente” (Van Manen, 2004: 59). Este saber «pático» depende de la presencia personal, de la percepción relacional y del *saber distinguir cada situación*: saber qué hacer o qué decir en cada momento, saber qué y cómo preguntar al otro/a, tal como lo relatan Irene y Miriam a continuación. Este *saber distinguir cada situación* implica actuar de manera



deliberada y con *tacto* delante de la situación para distinguir activamente lo que es apropiado de lo que es inapropiado. Retomando las palabras de Van Manen (2004: 16): “La solicitud, el tacto componen una cualidad peculiar que tiene que ver tanto con lo que somos como con lo que hacemos. Es un conocimiento que surge tanto del corazón como de la cabeza”:

*“Irene: No sé, a parte en el tocar, también en el hablar yo ya veo cada persona cómo es y porque yo sea siempre la estudiante y ellos sean siempre los pacientes, no todos son iguales, no puedo que..., vale, a lo mejor con uno me lleve bien y a lo mejor uno me hace bromas y a lo mejor otra no me habla, a lo mejor otra, pues normal, yo no puedo tener la misma actitud con todos porque sean todos pacientes, pues si uno me hace bromas, pues me dejo hacer bromas y hago bromas, si otra no me habla pues no le voy a hacer bromas, si una nos llevamos bien, pues bien, correcto y ya está, pues es eso, hay que saber distinguir cada situación, es lo mismo con las personas igual, pasa aquí y en todas partes creo yo.*

*Nelly: lo que tú dices saber qué hacer o qué decir [Irene: en cada momento] en cada momento, (...) esto podría ser también una cualidad de la enfermera, ¿no?*

*Irene: Yo creo que sí (...)*

*Irene: Porque tampoco hace falta ni ser gracioso todo el rato, ni ser soso todo el rato, puedes ir adaptándote.” (E, Est Irene, 4:82)*

De acuerdo con Bárcena (2005), la *phrónesis* es el saber mediador entre pensamiento y acción. “Podremos explicar a otro cuáles son los principios o reglas que están en la base de lo que se hace, pero «saber usarlas» es otra cosa; ahí se necesita un *arte* especial, que en el caso de la educación podemos llamar *tacto pedagógico*. (...) El tacto pedagógico es lo que nos proporciona la mirada sensible que necesitamos para ser espectadores de lo que hacemos.” (Bárcena, 2005: 182-183):

*“Miriam: sí, hay que ser más prudente en las cosas que vas a decir, hay que saber qué preguntar y no sólo qué, sino cómo preguntarlo, sí, es que no puedes soltar lo primero que se te viene en la cabeza, no puedes decirle cualquier cosa, porque es eso, se puede ofender (...) por eso me gusta a mí más que hablen, que hablen y así una vez no me han conseguido contestar la pregunta, intento planteársela por otro lado a ver qué me dice. (...) me intento poner en la situación de la señora, por ejemplo, si yo fuese de esa manera o si yo tuviese, no sé, x problema, ¿cómo me gustaría que me abordasen las cosas?, o sea siempre hay que tener un poco de tacto porque tú no sabes, o sea el grado de sensibilidad de la persona, (...) veo también cómo es la persona, tú observas antes de hacerle una pregunta, o sea, una entrevista, cómo es la persona, te acuerdas de casos que te han comentado tus amigos, tus compañeros, por ejemplo: 'porque he preguntado esto así y me ha pasado esto'; entonces tú vas pensando, bueno, si un día le voy a hacer yo esa pregunta a una persona así, pues ya sé que no, (...) es observar,*

*observar y yo por si acaso igualmente también soy muy prudente a la hora de preguntar las cosas, no vaya a ser, prefiero ser más prudente y que a lo mejor me contesten a medias que ser muy directa y que no me conteste nada.*

*Nelly: ¿Y cómo es esa prudencia, ese ser prudente?*

*Miriam: Pues ser prudente para mí es saber cómo preguntar, o sea tener tacto, tener aparte de eso no ir rápida y saber escucharlo, no interrumpirlo, que se sienta lo mejor, tú le dices: 'las preguntas son un poco rápidas un poquillo largo', pero que no se sienta incómodo, y que sean preguntas, pues que no le hieran, a sus sentimientos, que no hieran a sus valores, a sus creencias o a lo que sea, porque claro, tú estás entrevistando una señora y tú no sabes que creencias, que valores tiene, entonces, claro, ante eso dices: 'Mira me voy con muchísima cautela', yo no le voy a preguntar si cree en Dios o no cree, yo le voy a preguntar '¿usted tiene alguna creencia, cree en algo, cree en algún tipo de religión?', no le voy a preguntar si es cristiana porque a lo mejor es musulmán, y a lo mejor le ofendes preguntándole si es cristiana, pues en ese sentido la prudencia, hacer preguntas, o sea plantear las cosas en un ámbito más general, más grande en vez de decir, en vez de confirmar algún tipo de creencia.” (C2, Est Miriam, 4:181)*

*“(…) en todo momento hacer lo mejor posible para él, evitar hacer todo el mal que sea evitable, porque a ver poner una vía es hacerle un mal, pero es para un bien. [ríe], y ser justos para tratar a todo el mundo por igual evitando juicios también de valor y de, sobre todo, evitar sabotear a la gente porque tenemos que saber que cada persona tiene sus sentimientos o situaciones y son legítimas de esa persona, yo no le puedo decir a esa persona ‘usted no tiene dolor’, porque su dolor es propio de él, cada uno tenemos un valor diferente del dolor o un umbral, o una experiencia diferente de vida, entonces esa experiencia de vida siempre hay que respetarla, (...) según como la haya tratado también la vida, (...) yo creo que como enfermeras sólo es entenderlos e intentar ayudarlos, para que hagamos el bien a esa persona.” (E, Est Aura, 2:14)*

### **6.5.6 Situación humana: Dejar-ser al otro/a.**

La siguiente observación la analizaré teniendo en cuenta los elementos que constituyen una situación humana siguiendo a Paterson y Zderad (1979). Desde la perspectiva de la enfermería humanística, que he desarrollado a lo largo de la tesis doctoral, la situación humana es la que prepara el escenario en el que se vive la enfermería.

La siguiente situación humana acontece<sup>108</sup> como una llamada y respuesta que tiene un propósito determinado, la persona hospitalizada llama a la enfermera/estudiante de enfermería con la esperanza de recibir atención y ver satisfecha su necesidad de ayuda. “El llamado y la

---

<sup>108</sup> Parafraseando a Gadamer (2007), el verdadero acontecer sólo se hace posible en la medida en que la situación, aquel preciso instante, que llega a nosotros desde la tradición [desde el hacer en enfermería], y a la que nosotros tenemos que prestar oídos, nos alcanza de verdad y lo hace como si nos hablase a nosotros y se refiere a nosotros mismos (p. 553). Un prestar oído a la experiencia que tiene lugar en ese acontecer, en el que la presencia y la relación de cuidado que subyace entre Irene y la persona hospitalizada, me alcanza de verdad y lo hace como si me hablase a sí misma.

respuesta en el diálogo de la enfermería se desarrollan en ambas direcciones, es transaccional” (Paterson & Zderad, 1979: 58). Dicha transacción intersubjetiva tiene significado para ellos, el encuentro se experimenta a la luz del propósito, y éste influye en las características y diálogo entre estudiante y persona hospitalizada. El propósito último es “*estar con otro y hacer con otro*” —acompañar y ayudar al sr. Jacobo a pasar del lavabo a la cama—. Irene *está-ahí* en un estado de presencia “*estoy aquí por si necesitas algo*”, y de asequibilidad al paciente en su calidad de ser que le proporciona ayuda, ‘*me he quedado ahí por si necesitaba algo*’, (este tipo de asequibilidad-dirigida-a-ayudar implica no sólo estar a disposición del otro, sino también el estarlo con la totalidad de uno mismo), al parecer Irene experimenta cada encuentro como algo propio, “como un individuo singular, como un ser aquí y ahora en este cuerpo que responde en esta circunstancia” (Paterson & Zderad, 1979: 52); “el elemento intersubjetivo o interhumano, la “mediación”, fluye a lo largo de las interacciones de la enfermería como un río subterráneo que conduce los nutrientes necesarios para la curación y el crecimiento” (Paterson & Zderad, 1979: 46):

*[Situación pedagógica 15] “17:45h. Salimos de una habitación y suena el timbre de otra, Irene va a la habitación 17 [Irene se encuentra en la 2ª rotación de la práctica clínica, en la planta B]. Ha llamado un hombre mayor de edad, el sr. Jacobo, quien se encontraba en el lavabo y solicita ser acompañado para dirigirse hacia su cama. Me ubico cerca de la puerta de la habitación, en la antesala a ésta, justo detrás de Irene, desde allí observo a aquel hombre, detallo su cabello blanco, su espalda encorvada y su andar lento, cuidadoso y pausado, para aquel momento desconozco que aquel hombre era invidente. Irene se ubica justo detrás del sr. Jacobo, adopta una postura de disposición, pone sus manos en la cintura y mantiene un estado de atención, camina al paso del sr. Jacobo, le sigue en su caminar pausado, en silencio. (...)” (O11 PB, Est Irene, 3:111)*

Irene mantiene una presencia análoga a una sombra de “contención”, la postura que adopta al ubicarse justo detrás del paciente, el estado de atención que mantiene, su grado de implicación y de presencia en la situación, es aquello que ella ha considerado terapéuticamente apropiado para aquel momento:

*“(…) Un silencio en la habitación que en ocasiones es interrumpido con alguna pregunta. Irene le pregunta a él: “¿Tu pots?”; el señor continúa su andar y se desplaza hacia su cama, una vez que llega a ésta por el costado lateral derecho; Irene le indica al sr. Jacobo que se encuentra al borde de la cama, las barandas de la cama de aquel costado se encuentran hacia abajo; el señor Jacobo se gira de tal modo que la zona posterior de sus piernas tocan el borde de la cama y está listo para sentarse en la cama; Irene le indica al sr. Jacobo que puede sentarse, el hombre se sienta en la cama y en un movimiento rápido apoyándose con sus manos sobre la cama se tumba en ésta; la cabecera de la cama está ligeramente elevada en posición semifowler [posición de elevación de la cabecera en 45°], el sr. Jacobo al caer sobre la cama su cuerpo queda en una posición diagonal/tipo ladeada y su cabeza queda anclada en el ángulo de la elevación de la cabecera, su cuerpo queda más ubicado hacia la parte media-inferior de la cama, la estudiante le dice en voz alta “estoy aquí, por si necesitas algo”, el señor Jacobo se acomoda por sí mismo en su cama. Irene se dirige hacia el otro costado, el lateral izquierdo de la cama del señor, se inclina hacia el paciente y le pregunta si le baja más la cabecera de la cama [probablemente debido a la posición en la que ha quedado la cabeza del sr. Jacobo], pero éste le responde: ‘no’. Irene también le pregunta a él si le ayuda a acomodarse hacia arriba de la cama, el señor Jacobo le dice: “está bien así”. Yo que estoy allí, pienso que es una posición algo incómoda para el paciente. La estudiante vuelve y le insiste con preguntas al señor para acomodarle, el sr. Jacobo le responde que para él está bien así, que ya está. Irene se dirige hacia el costado lateral derecho de la cama y sube la baranda de este costado. Le indica y acerca al sr. Jacobo el timbre. Luego salimos de la habitación.*

*Al salir de la habitación la estudiante, le pregunto:*

*Nelly: “¿Por qué has dejado que el paciente se quede en aquella posición?”*

*Irene: “Has visto que es invidente, yo lo conozco, sé que se apaña, lo tuve la semana anterior, le he ayudado hasta que se ha puesto en la cama, y ya él lo hizo, lo demás, lo dejo, me parecía que estaba muy abajo pero él se sentía cómodo, pues ya está. Yo me he quedado-ahí por si necesitaba algo.” (O11 PB, Est Irene, 3:111)*

En la anterior situación se pueden apreciar las respectivas mediaciones que Irene y el paciente hacen en su diálogo, por un lado, Irene hace mediaciones con el sr. Jacobo como el preguntarle ‘¿tú puedes?’, el hacerle notar su presencia “estoy aquí por si necesitas algo”, el propio silencio en que sucede la escena, el permitirle al sr. Jacobo quedarse en la posición que a él le resultaba más cómoda, donde en ningún momento le impone sus criterios, el conocer al paciente y conectar con la experiencia de éste al ser una persona invidente, —“yo lo conozco, sé que se apaña, lo dejo, él se sentía cómodo”—, por otro lado, el paciente también hace las respectivas mediaciones “está bien así, ya está”, se deja acompañar, permite que la estudiante le oriente, acepta la presencia de ella. Para Paterson y Zderad (1979), describir algo tan real pero tan

nebuloso como “la mediación”, debe provenir de las experiencias propias y reales de la enfermería. Y para ello es necesario desarrollar hábitos de autoconciencia de la experiencia, el recuerdo y la reflexión, encontrando las palabras apropiadas que nos permita comunicar la esencia y la cualidad de la experiencia de la intersubjetividad:

*“Durant uns deu dies hem tingut un pacient que és invident, i he après molt del tracte amb ell. Va pujar recent operat d’una pròtesi d’espatlla, i divendres ja va poder marxar cap a casa. Gairebé no demanava ajuda per a res, només per acompanyar-lo del llit al lavabo i a l’inrevés. Trobo que és molt valent. Al principi jo el notava una mica reticent quan parlàvem, però els últims dies semblava que m’havia anat agafant confiança i això és molt bo, perquè significa que li donava seguretat. Ha estat tota una experiència conèixer-lo.” (D8, Est Irene, 3:106)*

El fragmento anterior fue extraído del diario reflexivo elaborado por la estudiante tras la experiencia de cuidado vivida con el paciente. En él se puede apreciar un elemento clave de las situaciones de cuidado, como es el tiempo<sup>109</sup>, aquí hago referencia al tiempo vivido de la estudiante con el paciente, no sólo del tiempo cronológico que duró la hospitalización del paciente, sino del tiempo compartido para aprender de él, para conocerle y para *ad-mirar* su valentía, la relación entre Irene y el sr. Jacobo surge con el tiempo desde la reticencia de los primeros días hasta la confianza de los últimos días. Esto “implica que la enfermera [estudiante] y el paciente compartan no sólo el tiempo cronológico, sino también el tiempo vivo, interior” (Paterson & Zderad, 1979: 66).

Al preguntar a Irene sobre lo que permitió que aquel hombre fuera cogiendo confianza con ella. Relata como la interrelación paulatinamente fue evolucionando, a manera de diálogo vivo, de llamada y respuesta, de escucha, de acompañamiento, de *dejar ser y hacer* al otro [tanto estudiante como paciente hacían las respectivas mediaciones en el hacer de cada uno/a], de

---

<sup>109</sup> “Para considerar la enfermería dialogal tal como ésta se experimenta en verdad en el mundo real, uno debe concebirla tal como acaece en el tiempo, no sólo en el tiempo cronológico sino también en el tiempo vivido por el paciente y la enfermera. Por cierto, ambos participantes están inmersos en el tiempo cronológico, y esto influye en su mundo compartido, (...)” (Paterson & Zderad, 1979: 64).

interés por conocer al paciente en su día a día, de acoger la respuesta del paciente que cada vez respondía a más:

*“Pues, yo creo que el escucharme día a día, porque claro aquí [planta B] como no están tan mal, no entro todos los días a todas las habitaciones, (...) a este señor sí que entraba cuando había que hacer algo, pues **me gustaba entrar y eso a mí porque también me escuchaba**, y me enseñó un reloj que tenía que le decía la hora, no sé, era muy interesante aprender estas cosas y **supongo que de tanto oírme y de que cuando me oía, pues le debía gustar como hablaba o lo que fuera, pues cada vez me respondía más**, y fue muy interesante. (...) nunca había conocido a nadie invidente y ver cómo hacía el día a día, un día me llamó y fui yo a la habitación y quería que lo acompañara al lavado, lo acompañé y luego lo fui a buscar, **sólo acompañarlo y él ya se apañaba** y yo le decía: 'voy a cambiarte el apósito de la vía que está muy feo, no sé, qué', 'vale, vale', y me dejaba hacer, me parecía muy interesante ver cómo, su día a día, cómo vivía.” (E, Est Irene, 4:79)*

Para Paterson y Zderad (1979), la enfermería se desarrolla en un mundo real de objetos, objetos corrientes de la vida cotidiana y todos los tipos de aparatos clínicos, los cuales influyen en las transacciones enfermera-paciente y para ellos su influencia varía y pueden experimentarla de modo diferente. Los objetos en sí mismos así como las relaciones de las personas con ellos pueden servir para alentar o inhibir la transacción intersubjetiva de la enfermería (p. 63). En el anterior relato se aprecia como el hablar sobre un objeto de uso cotidiano para el paciente pudo ser la antesala para alentar en un momento puntual la transacción intersubjetiva entre la estudiante y el paciente *“me enseñó un reloj que tenía que le decía la hora, no sé, era muy interesante aprender estas cosas”*.

#### **6.5.6.1 Consciencia de sí y Consciencia de la experiencia del otro/a.**

Al preguntar a la estudiante respecto a aquellos aspectos de sí de los que era consciente al momento de relacionarse con el sr. Jacobo, se aprecia como Irene mantenía un estado de autoconsciencia en el interior de la situación humana vivida, una consciencia relacionada con lo que le dice al paciente, que le evita emplear expresiones como *“nos vemos”* delante de una persona invidente:

*“Irene: Era difícil porque a veces se me escapaban cosas, porque hay muchas expresiones, luego es que yo lo pensaba y decía: '¡madre mía!' En vez de decir 'adiós', decir 'nos vemos', eso se dice porque claro entras a una habitación y a lo mejor al cabo de diez minutos volverás a entrar, y si no es al cabo de diez minutos, será al cabo de una hora y dices: 'hasta ahora o nos vemos', cosas de estas, cuando entraba a su habitación tenía que vigilar de no decir: 'nos vemos' porque puede parecer una tontería, a lo mejor él ya está acostumbrado, pero es, (...) 'Nos vemos' en plan de adiós, 'nos vemos' que él no ve, entonces.*

*Nelly: (...) o sea de tener cuidado con esta expresión, sí, sí.*

*Irene: Claro, porque 'nos vemos' tú lo entiendes como 'adiós' y no lo piensas, lo que quiere decir pero quiere decir que ahora nos vemos, porque él no me ve entonces, entonces claro, tú puedes decir: 'nos vemos', y ahí toda inocente y a lo mejor él está pensando 'sí, me vas a ver tú porque yo a ti no te veo'. Y hay que ir con cuidado.*

*Nelly: ya, ya, ya, o sea que tú eras consiente un poco de lo que decías*

*Irene: Si te fijas todo el rato estamos hablando de cosas que vemos y claro, cuando estás con alguien que no ve es duro para ellos supongo, el señor ya debe estar súperacostumbrado igualmente.” (E, Est Irene, 4:80)*

Lo anterior, pone de relieve la tensión que se experimenta en el mundo real de la enfermería. Irene ve al paciente como otra persona, como un individuo distinto y único, es consciente de la experiencia de alteridad del sr. Jacobo; se *desplaza* a él viendo “al paciente como un todo”. El sentido de desplazarse que se aprecia en la situación pedagógica está en línea con el pensamiento de Gadamer (2007), en su idea de *traerse a sí mismo hasta la situación*.

Irene se trae a sí misma a la situación, se hace consciente de su individualidad y la del otro, una consciencia de sí, de sus actitudes, sus gestos, sus expresiones, lo que revela como su *hacer* con significa *estar* con el otro, y esto es posible debido a esa capacidad de ver a los otros y a las cosas como distintos de sí mismos y de relacionarse con ellos (Paterson & Zderad, 1979).

Un *hacer* que deja entrever como se ha ido formando un saber práctico en la estudiante, prudente —“*ir con cuidado*”—, un *hacer* que está entretejido de cualidades como el tacto terapéutico [tacto afectivo y decidido (*Purposeful touch*)<sup>110</sup>], el cual Irene describe como un tacto delicado, y, el percatarse de la singularidad del otro. Podría decir que Irene y el sr. Jacobo establecen una relación de Yo-Tu, como experiencia hermenéutica en el sentido que Gadamer (2007) le asigna a ésta, es decir de sujeto a sujeto, de persona a persona:

---

<sup>110</sup> Un toque afectivo y decidido —*Purposeful touch*—, que trasciende el contacto físico, y que manifiesta el tacto como un saber en las relaciones interpersonales.

*“(...) ¡claro!, yo por ejemplo lo cogía, cuando lo cogía iba con más cuidado porque pensaba... yo que sé, a otra persona le dices: 'voy a mirarte la vía, no sé qué', ahora por ejemplo a una paciente que está dormida le tenía que desconectar una cosa de la vía, pues le cojo el brazo pero con cui, no así [hace un movimiento con una de sus manos coge la otra mano tirándola hacia delante], le cojo el brazo y si se despierta le digo [emplea un tono de voz más bajo, más suave]: 'le voy a cambiar la vía, a cambiarle el suero' pero si no, pues vas con cuidado y si está despierta le dices: 'voy a cambiarle el suero' y ya te da el brazo, no voy a coger el brazo así [hace referencia a un movimiento tirante y brusco del brazo], claro, ya voy con cuidado pero igualmente con él el doble, porque él no ve lo que voy a hacer, entonces yo le decía: 'vengo a mirarle el apósito que está muy sucio', entonces yo le levantaba el brazo, iba con cuidado porque, no sé, también para transmitir confianza de que, no sé, para no ir a lo bruto, para ser delicado. (...)” (E, Est Irene, 4:81)*

Irene aprecia la vulnerabilidad del paciente, de ahí que afirme que con el sr. Jacobo iba con cuidado —*“ya voy con cuidado pero igualmente con él el doble porque él no ve lo que voy a hacer”*—. Para Paterson y Zderad (1979), la presencia implica reciprocidad, el otro/a también es visto como una presencia, como una persona más que como un objeto, una función o un caso. La presencia se experimenta como algo influido por un sentido de responsabilidad o respeto por lo que se aprecia como la vulnerabilidad del paciente:

*“(...) a mí me gusta eso, tratar a la gente con el respeto que se merece y siempre nos decían en la carrera que tú le tienes que decir: 'te cojo el brazo', no le puedes coger el brazo así [tira en un movimiento brusco con una de sus manos la otra mano], y aquí hay gente que lo hace, pero a mí ya aunque no me lo hubieran dicho, yo creo que ya lo tengo muy, porque igual que no le hago a una amiga mía no le hago así, pues no lo haría a gente que no conozco.” (E, Est Irene, 4:81)*

Al preguntar a otra estudiante respecto a la consciencia de sí en los momentos de cuidado, rescato el sentido de desplazarse mencionado por Gadamer (2007), que va más allá del mero *«apartar la mirada de sí mismo»*, a un desplazarse a la situación del otro, la estudiante se desplaza hacia la necesidad del otro/a:

*“Sí, lo que noto es que... como que no soy tan yo, como puedo estar hablando contigo, adentro [en la habitación] estoy como súper pendiente por el paciente, y como que todos mis sentidos se centran en él y no pienso tanto en mí, pienso en él '¿estás bien?, ¿qué necesitas?', es como olvidar por un momento que tú tienes una vida y por durante cinco minutos que es lo que vas a estar hablando con él, es como que te centras súper, cien por cien en él, a mí me pasa eso intento darle todo mi atención,*



*durante el rato que esté con él que mi mente no se vaya a nada más, que sea él, ahora mismo el protagonista es él, no yo.” (E, Est Sonia, 4:147)*

### **6.5.7 Trayectoria de una práctica autónoma de la estudiante.**

#### **6.5.7.1 Cuidar de manera holística.**

A continuación presento una observación, realizada alrededor de la sexta semana de práctica clínica de la estudiante, Irene se encuentra en un momento en el que cada vez *va más por libre*, lo que propicia que se encuentre delante de dos mujeres hospitalizadas con situaciones problemáticas y cambiantes. Esta autonomía e independencia intrínsecamente favorece en la estudiante: a) responder a la llamada del otro/a poniendo en juego los significados que el/la estudiante ha construido respecto al acto de cuidar; b) mantener un estado de atención operativa y de pensamiento interrelacional (y deliberativo) en el interior de la situación; c) poner a prueba sus conocimientos y habilidades analíticas como el razonamiento y juicio clínico; d) tomar decisiones referentes a problemas reales; e) llevar a cabo acciones de cuidado responsables; f) *Dejarse-decir-algo* (aconsejar, orientar) al reflexionar sobre la acción junto con el/la enfermera; g) reflexionar sobre su proceso de formación. Para Cohen (1988) en la etapa de *independencia/asociación*:

*(...) los estudiantes deben aprender los límites del rol, la forma de distinguir la información más importante, de establecer prioridades y de mantener una imagen profesional. (...) El aprendizaje o enseñanza clínica proporciona a los estudiantes el campo de experimentación necesario para ensayar en la toma de decisiones como si fueran profesionales hechos y derechos. Respaldado en la garantía de seguridad que ofrecen los instructores, el estudiante puede equivocarse y aprender de sus errores, sin poner en peligro la salud y el bienestar de sus clientes. (Cohen, 1988: 56-57)*

*“[Situación pedagógica 16] 15:30h. (...) Luego nos dirigimos a la habitación 21, allí se encuentran las señoras Camila y Roberta, juntas, están solas y duermen de momento. El enfermero Jordi le toma la tensión arterial a la Sra. Roberta, quien se encuentra en la cama 21,1 a quien se está transfundiendo IUI de glóbulos rojos empaquetados (GRE). Le indica a Irene que controle la T° y la PVC de la Sra. Camila, quien se encuentra en la cama 21,2. (...) Luego de la ronda de visita a los pacientes, una vez estando en el espacio terapéutico, el enfermero Jordi hace un recorrido de los 4 pacientes y de las actividades de cuidado a realizar en el turno de la tarde:  
- Al sr. Juan, curación en la herida torácica con Betadine® luego de la higiene.*

- A la Sra. Roberta recoger muestra de esputo y controlar la administración de la sangre (GRE)
  - A la Sra. Camila que está con fiebre, con Dx de pancreatitis, seguir con medios físicos, glucometría a las 18 h y lubricación de piel y administración de crema protectora de la piel en zona sacra.
- Irene va contrastando las actividades con su registro en la hoja del parte. (...)” (O8 PA, Est Irene, 3:73)

Observo que Irene mantiene una actitud de disposición, *asequibilidad* y de responsabilidad en el cuidado de las Sras. Roberta y Camila, sin necesidad de que el enfermero le indique lo que ha de hacer, toma *iniciativas* como el valorar la transfusión sanguínea de la Sra. Roberta y de valorar las medidas antitérmicas que requiere la Sra. Camila:

*“16:40 h. Estando en el espacio terapéutico, Irene dice al enfermero: “Voy a mirar cómo va la sangre de la paciente de la 21,1”. (...) una vez en el interior de la habitación, Irene observa la bolsa de sangre y el equipo de infusión, observa el ritmo de goteo de la transfusión sanguínea, valora que el ritmo de infusión no es el más adecuado y que baja con dificultad la sangre hacia la paciente, dirige luego su atención al catéter insertado en la mano izquierda de aquella mujer, y comienza a realizar cambios posicionales a la mano, finalmente encuentra una posición de la mano que permite que la infusión de la sangre vaya al ritmo adecuado, con más velocidad en el goteo. La paciente, la Sra. Roberta, se encuentra muy decaída, sus ojos permanecen cerrados, permite que Irene le ubique su mano en aquella posición. Una vez verificado el ritmo de la transfusión Irene se dirige a la cama de la Sra. Camila, una mujer de constitución gruesa, con edema pulmonar y edema periférico, lleva oxígeno por cánula nasal, su estado de consciencia es somnoliento y responde a órdenes verbales sencillas, con un cuadro febril que no cede a medidas antitérmicas como bolsas térmicas frías en la región cervical y apósitos en la frente. Irene valora si la paciente persiste con la temperatura alta, observa que el apósito ya no se encuentra frío, así que lo retira, seguidamente coloca en la frente de la Sra. Camila un nuevo apósito que trae del carro de curaciones y lo empapa con suficiente agua fría. Luego de valorar a las señoras de aquella habitación, Irene se retira, se dirige al espacio terapéutico y allí le informa al enfermero.” (O8 PA, Est Irene, 3:77)*

Este tipo de situaciones de cuidado en la práctica clínica del y de la estudiante representan para éste/a una oportunidad para su aprendizaje situado y experiencial, y para el enfermero/a, una oportunidad para ofrecer una enseñanza integral a la estudiante *cuidando* de manera holística a la otra persona hospitalizada y sus familiares. Este momento de cuidado es una oportunidad que el enfermero aprovecha, no sólo para proporcionar los cuidados más íntimos y sutiles como

la lubricación de piel y cambio de posición, sino además una ocasión para enseñar a la estudiante cómo realizar terapia respiratoria en la paciente. En el siguiente fragmento se aprecian los rasgos de un **cuidar competente** que abarca la pluridimensionalidad<sup>111</sup> del ser humano: la dimensión fisiopatológica; emocional; social; el soporte familiar; la interrelación persona hospitalizada-enfermero/estudiante; el autocuidado; la educación sanitaria. Un cuidar competente que se entreteje en un diálogo vivo, fluido, soportado en la confianza, en un *hacer* centrado en el bienestar de la persona y su familiar, y nutrido de cualidades como el tacto afectivo y decidido (*Purposeful touch*), el conocer y conectar con la experiencia del otro/a, el estar-presente:

*“El enfermero Jordi e Irene se dirigieron a administrar la medicación de las 18 h a las personas hospitalizadas que tiene bajo su responsabilidad. (...) nos dirigimos a la habitación 21, en el trayecto Jordi se quedó hablando con una familiar de una paciente en el pasillo [posteriormente pude dar cuenta que se trataba de la hija de la Sra. Camila], Irene y yo continuamos hacia la habitación 21, donde se encuentran las Sras. Roberta y Camila. (...) Seguidamente Irene se dirige hacia la cama 21,2 donde se encuentra la Sra. Camila, en aquel momento entra en la habitación el enfermero Jordi con la familiar de la Sra. Camila, con quien estaba fuera de la habitación hablando. (...) Estando alrededor de la cama de la Sra. Camila, el enfermero le dice a la estudiante que aprovecharán para valorar la región sacra de la paciente, para lubricar la piel y administrar crema protectora en esta región. El enfermero permite que la familiar —la hija— de la Sra. Camila se quede dentro de la habitación. (...) El enfermero pide a la estudiante que valore la región sacra, la estudiante observa la piel de esta zona, el enfermero le pregunta por las características de la piel, la estudiante describe lo observado: "está levemente enrojecida sin pérdida de la continuidad de la piel". La familiar se acerca y observa la zona, afirma la observación de Irene. El enfermero Jordi comenta sobre el estado de la piel y los cuidados a la hija de la familiar. El enfermero le indica a Irene que aplique en la región sacra una crema protectora llamada Mytosil<sup>®</sup>, mientras tanto el enfermero aplica otra crema llamada Thrombosid<sup>®</sup> a la Sra. Camila en región inguinal donde presenta un hematoma considerable. Luego de administrar estas pomadas, se realiza la lubricación de la piel de la espalda de la Sra. Camila, aprovechando que continúa en la posición decúbito lateral izquierdo sostenida por el enfermero. El enfermero le indica a la estudiante que puede hacer terapia respiratoria con percusión en la espalda de la paciente. La estudiante lo mira y le hace un gesto indagando respecto a cómo hacer dicha terapia. El enfermero le explica y muestra a la estudiante la posición de la mano de manera ahuecada para hacer los ejercicios de percusión en la región torácica posterior y le va señalando que realice la percusión a modo de golpeteo y con un movimiento rápido de*

---

<sup>111</sup> "La estructura humana es una estructura muy compleja y plural que tiene distintos estratos y niveles de expresión, una estructura pluridimensional, es decir, que tiene varias dimensiones. (...) La imagen del polígono, como estructura geométrica, puede iluminar hasta cierto punto esta tesis. En un polígono existen distintas caras y cada una de ellas está orientada hacia una determinada dirección. La persona humana también tiene distintas caras y cada cara o dimensión se refiere a una particularidad del ser humano. Por lo tanto, no se trata de una estructura plana, sino de una estructura pluridimensional. (...) Esta estructura, no es ajena al entorno, sino que está en completa y total interacción con el entorno y precisamente por ello es una estructura plurirrelacional, pues establece relaciones de distinta naturaleza con su entorno." (Torralba, 1998: 110)

*la mano. La estudiante procede a realizar los ejercicios de percusión a la Sra. Camila, primero con tenues golpeteos de su mano sobre la región torácica de la era, luego va aumentando la intensidad y el movimiento rápido de la percusión.*

*Un vez que la estudiante ha hecho los ejercicios de percusión torácica, retornamos a la Sra. Camila a la posición decúbito dorsal y acomodamos a la paciente llevándola más hacia arriba de la cama. Seguidamente se sube la cabecera de la paciente de tal manera que queda en posición semifowler, se administra el aerosol respiratorio y la estudiante toma la glucometría a la Sra. Camila. (...)" (O8 PA, Est Irene, 3:79)*

#### **6.5.7.2 Actuar delante de situaciones cambiantes.**

Siguiendo con la anterior situación, la Sra. Roberta le manifiesta a Irene que presenta dolor de cabeza. En el siguiente fragmento se puede apreciar esa *abogacía (advocacy)*<sup>112</sup> de la estudiante por la persona, en todo momento establece una relación de Yo-Tu, de persona a persona. Por otro lado, pone a prueba sus conocimientos, habilidades y toma de decisiones clínicas ante los cambios que se suceden —transiciones— en la condición del paciente en el tiempo, es lo que Benner et al. (2010), denominan *Razonamiento clínico en transición*, una forma de razonamiento clínico que realiza una valoración y seguimiento de la situación particular del paciente, de cómo la enfermedad o enfermedades se están desarrollando sobre el tiempo con atención a lo que es diferente ahora, el significado de las respuestas del paciente y las acciones continuas a desarrollar.

El razonamiento clínico en transición requiere del práctico/clínico/estudiante una postura reflexiva de escucha/atención, respeto, curiosidad, indagación y disposición para detenerse en su pensamiento, todo enmarcado por la preocupación del clínico por el bien del paciente (Benner et al., 2010). Irene pone a prueba habilidades clínicas como la observación, la toma de signos vitales como la temperatura, la verificación de la administración de la analgesia. Toma decisiones clínicas como el plantear a la Sra. Roberta colocar un paño frío en la frente tal como

---

<sup>112</sup> Preocupación del y de la estudiante por preservar la intimidad, el dolor, la movilidad, la comunicación, el no hacerle daño y la comodidad de la persona hospitalizada.

lo ha realizado en el caso de la Sra. Camila, decisión soportada tras asegurarse en la pericia clínica del enfermero<sup>113</sup> que es una medida adecuada:

*“Alrededor de las 18:35 h, se acerca la estudiante a la Sra. Roberta quien le comunica que tiene cefalea, la estudiante queda en el costado lateral izquierdo de la cama, observa la sueroterapia y la bolsa de administración del analgésico, la paciente tiene un gesto facial de dolor, la estudiante le comenta a ella que le está administrando la medicación para el dolor. Irene se dispone a tomarle la temperatura, (...) El valor reportado de la temperatura indica que la mujer no tiene fiebre. Irene le propone a la paciente ponerle un pañito —apósito— con agua fría en la frente y la paciente le expresa que sí. Irene nuevamente revisa que esté pasando la infusión de la 2a. bolsa de sangre, ubica la mano en la posición que mejor va para la transfusión. Seguidamente Irene sale de la habitación y se dirige hacia el enfermero para informarle sobre el dolor de cabeza de la paciente. (...) Le indagó por aquello que ha hablado con él y la respuesta que éste le ha dado. Irene me comenta que el enfermero le ha dicho: ‘tómale la temperatura’, ‘ya está’, ‘tómale la tensión arterial y que le ponga un pañito de agua fría’.*

*Irene: ‘Ya hice lo de la temperatura me falta tomar la tensión arterial y ponerle el pañito.’ (...) [Procede a tomarle la tensión arterial, nuevamente le dice a la Sra. Roberta que le está administrando la analgesia, y le dice además]*

*Irene: “la tensión arterial está bien”. Procede a humedecer el apósito con agua fría y lo coloca en la frente, tal como lo hizo anteriormente con la paciente de la cama contigua. Le comenta a la paciente que le pondrá éste y que valorará si va mejor esta medida. (...)” (O8, PA, Est Irene, 3:80)*

Es un *instante* en el que la estudiante se-hace-presente, un instante en el que el silencio, la mirada atenta hacia el gesto, hacia la respuesta del otro/a, resalta la singularidad, el acontecimiento del otro/a, en el que los gestos del cuerpo se inclinan, van dirigidos hacia el otro/a, en un movimiento pausado y atento, en el que cada palabra y cada pregunta tiene tono y carácter, un instante en el que se revela la autenticidad de un *estar* y *hacer* orientado hacia la otra persona:

*“(...) Irene seguidamente se dirige hacia la cama contigua, donde se encuentra la Sra. Camila, la observa en silencio, en un gesto corporal se inclina hacia ella luego dirige sus manos hacia el apósito ubicado en su frente, percibe que el lado del apósito orientado hacia ésta ya no se encuentra frío, Irene coge el apósito con sus dos manos y lo gira de tal modo que la otra cara del apósito —que está un poco más fría y húmeda— queda en la frente de la paciente. Irene vuelve y gira el apósito una vez más, no se encuentra segura de que la medida antitérmica sea la más adecuada. Mantiene la posición dirigida e inclinada hacia la paciente, mira una y otra vez a la*

---

<sup>113</sup> De aquí rescato ese *saber dejarse-decir-algo* (Gadamer, 2007) por parte de la estudiante, ese dejarse aconsejar u orientar.

*Sra. Camila, observa con atención la expresión facial de aquella, procura entablar diálogo con ella, más sin embargo el estado de consciencia letárgico de la paciente no lo permite, en un tono de voz decidido y respetuoso Irene informa a la Sra. Camila sobre lo que hace y va a hacer. Finalmente, Irene decide cambiar el apósito por otro nuevo, más frío y húmedo, el cual ubica en la frente de la Sra. Camila, y le pregunta si lo siente más frío, aunque no pueda obtener una respuesta de parte de ella. (...)*

(O8, PA, Est Irene, 3:80)

Son dos situaciones en las que la estudiante adquiere *experiencia* para responder a las demandas de cada situación clínica tal como se presentan en el transcurrir del turno, como también, para desarrollar un sentido de saliencia en orden a decidir qué es lo más importante para la persona en particular (Benner et al., 2010: 48-49):

*“(...) alrededor de las 19:20 h, Irene se dirige inmediatamente hacia la habitación 21 para valorar la evolución de la Sra. Roberta y la Sra. Camila, me quedo fuera de la habitación. Irene sale al cabo de un momento. Al preguntarle por la Sra. Roberta y su cuadro de cefalea me refiere que se encuentra dormida.”* (O8, PA, Est Irene, 3:80)

*“(...) 19:50 h Una vez Irene termina de realizar los registros en el programa informático, se dirige nuevamente a la habitación 21 a valorar a las Sras. Camila y Roberta, concentra su atención en el ritmo de goteo de la transfusión sanguínea de la Sra. Roberta, quien permanece dormida, seguidamente entabla comunicación con la hija de la Sra. Camila, la observo segura y dialoga con fluidez, le pregunta a la familiar ‘¿Cómo está?’, escucha a la familiar, la respuesta de Irene ante el sentir de la familiar es tocarla con su mano en el hombro, un tacto que se acompaña de silencio y de una mirada que siente lo que dice aquella mujer (...) [Aprecio en este tacto su sensibilidad afinada y reserva, es decir, un tacto que, tal como Bárcena (2005) describe, protege la intimidad del otro y mantiene la distancia adecuada en la relación terapéutica y la naturalidad del comportamiento.]”* (O8, PA, Est Irene, 3:82)

Irene actúa según las necesidades de las pacientes y de la familiar, cada cambio en la evolución clínica de las pacientes le permite distinguir lo que se presenta como extraño, como inusual, como nuevo, dicha percepción le permite reconocer aquello que adquiere relevancia para el estado clínico de la persona enferma. De esta manera, la estudiante va adquiriendo esa capacidad de discriminar entre lo relevante y lo no relevante, entre lo urgente y lo menos urgente para la situación en curso, un *sentido de saliencia* que se caracteriza por ese matiz perceptual y por emerger en el interior de la situación clínica del paciente:

*“Irene: (...) me acuerdo que no le pasaba muy bien la sangre a Roberta, teníamos que..., el catéter era postural, teníamos que girarle la mano porque a veces no caía y teníamos que estar pendiente, (...) ir controlando que bajara la sangre y todo, pues también Camila estuvo unos días con fiebre que por eso luego la bajaron [a la UCI] y podía tener una infección, cualquier cosa y, entonces pues aparte de los analgésicos, los antipiréticos que le dábamos, pues, usábamos las medidas físicas que en este caso yo creo que a todos nos va bien un poco de frío, una compresa fría y calma mucho porque estaba ardiendo y cuando estaba al lado Roberta y me dijo que tenía dolor de cabeza, pues aunque no tuviera fiebre ya alivia un poco, entonces pues pensé que le podía dar a ella también poner la compresita y ya está, fui relacionando.*

*Nelly: ¿Qué quieres decir con esto de que lo fui relacionando?*

*Irene: pues, vas pensando, a lo mejor una paciente te dice que le duele la cabeza y no piensas en ponerle una compresa fría, pero como lo habíamos estado haciendo con la paciente de al lado porque tenía fiebre también y eso, pues ya lo piensas y dices: ‘ah, pues mira, es una buena idea, también le puede servir’, por eso.*

*Nelly: ¿O sea que lo relacionaste porque tenías la?*

*Irene: ¡Claro!, la guía de la otra paciente que le estaba funcionando, le estaba aliviando un poco y digo: ‘pues, también le puede servir para ella aunque no tenga fiebre’, siempre ayuda no está de más [Nelly: Bien, vale.]” (C2, Est Irene, 4:39)*

*“Como voy sola, me lo tengo que mirar más, observo y estoy más atenta, (...) me lo voy mirando todo, lo voy revisando, Vas interrelacionando todo, (...)” (O11 PA, Est Irene, 3:91)*

Un pensamiento interrelacional que sucede en el hacer de la estudiante, en lo contingente.

Un pensamiento que se soporta en la deliberación y en la imaginación clínica, en el que la estudiante delibera sobre aquello que resulta problemático para la condición clínica de las pacientes, trae su saber experiencial (lo que ha visto, oído, experimentado), experimenta in situ —anticipando acciones posibles, apropiadas y moralmente justificadas a las circunstancias de la situación—. Para Bárcena (2005: 173) “El objeto de la deliberación es lo contingente y lo incierto”:

*“Nelly: ¿Qué te ayuda a interrelacionar?*

*Irene: **La experiencia, el recordar, supongo que una mezcla entre recordar lo que he hecho otras veces y avanzarme a lo que va a necesitar el paciente, por ejemplo el timbre, bueno, es que está siempre presente que tiene que estar cerca, pensar que va a necesitar un pañuelo, pues ya está, pues se acerca, (...) es una mezcla entre verlo, haberlo visto muchas veces como lo hacen [las/os enfermeras/os] y en también por mi sola ir pensando que va a necesitar el paciente y eso, o yo misma, ya no cuando acerco la mesa, cuando estoy haciendo un procedimiento es una mezcla entre recordar como lo han hecho antes y pensar qué voy a hacer y necesito esto, pues eso es.” (C2, Est Irene, 4:50)***

El juicio clínico que elabora Irene es reflexivo, sucede en situaciones de contingencia y determina la toma de decisiones clínicas de la estudiante. El juicio clínico es una habilidad clínica facilitada por el sentido de saliencia, en ella hay un razonamiento y una conclusión que es el juicio clínico. De acuerdo con Bárcena (2005), esta facultad de juzgar no sería ya una habilidad lógica, sino una destreza práctica y sensible. Algo que compete a la sensibilidad del sujeto (estudiante), como actor y espectador:

*Sólo porque estamos abiertos al mundo, y porque amar el mundo es prestar atención, y abrirnos a él, porque el mundo es lo que nos da que pensar, esta facultad del juicio reflexionante ha de conducirnos a movernos en lo que hacemos y en lo que habitamos con cautela. (...) Mediante el juicio articulamos pensamiento y acción. (Bárcena, 2005: 182)*

Preguntar a Irene sobre la experiencia vivida con aquellas pacientes deja entrever como ella articula no sólo pensamiento y acción, sino también que *atraviesa* su práctica estando abierta a la experiencia y el sentir del otro/a: además le permite situarse como espectadora, pararse a pensar<sup>114</sup> lo vivido, prestar atención sobre sí misma, sobre la situación en sí, sobre lo que aconteció. Estimular a los estudiantes a ‘pararse a pensar’, ayuda a formar una disposición moral que fomenta una práctica de autodesarrollo (Benner et al., 2010: 55):

*“Nelly: Luego observé que ibas continuamente a la habitación ¿por qué lo hacías?  
Irene: Esos días me acuerdo que pasé mucho tiempo en esa habitación, pues **porque había que estar muy pendiente**, primero porque, una porque la sangre no le bajaba, y claro, la sangre no puede estar más de cuatro horas pasándose y te pones a hacer cosas y se te pasa el tiempo volando y a lo mejor han pasado las cuatro horas y no has estado pendiente y no ha bajado del todo, y claro, pues **ibas controlando, aparte tenía dolor, pues ir preguntando ¿Cómo estaba? Y la otra paciente, Camila, es que estaba muy delicada, pues había que ir con cuidado porque nos podía dar algún susto y con la fiebre y todo hay que tener mucho cuidado son signos de alarma, entonces pues pasaba a ver qué tal, porque también hacer un poco de apoyo emocional y todo eso porque estaba la hija ahí y lo estaba pasando mal también, entonces dejarte caer por allí no está mal. [Nelly: ¿Dejarte caer?]**  
Irene: Ir pasando, quiero decir.  
Nelly: ¿Y cómo hacías este apoyo emocional a la hija de la Sra. Camila?  
Irene: pues nada, **simplemente no hacía falta decir mucho, simplemente ibas, ‘¿cómo está?’**, una preguntita si acaso, un toquecito en el hombro de la hija y ya es como de*

<sup>114</sup> La expresión “Pararse a pensar” pertenece a Arendt Hannah



*empatía, eso me lo dijo Jordi, dice: ‘no hace falta decir nada, simplemente mostrar empatía, como que te pones en su lugar y que bueno, estamos haciendo todo lo posible’, y sólo eso.”* (C2, Est Irene, 4:42)

*“(…) y le digo: ‘ah vale, pues me iré pasando yo también’, por eso como lo había hecho él (enfermero) y me lo explicó, de pasar, preguntar cómo se encuentra y ya está, (…) me dijo: ‘de tanto en tanto paso y le pregunto cómo está’.”* (C2, Est Irene, 4:43)

Irene plasma en su diario sus reflexiones y sensaciones sobre la experiencia vivida con aquellas mujeres. El diario favorece en los/as estudiante ese ‘pararse a pensar’ sobre sus experiencias clínicas, sobre aquellos acontecimientos que les ha dado que pensar:

*“Aquesta setmana hem estat provant de treballar sota pressió; no m’agrada gaire anar amb presses, però està bé practicar per si algun dia hem de córrer.*

*Hem tingut una pacient que ha estat amb febre pràcticament cada dia (Sra. Camila), i li hem hagut de fer analítiques, hemocultius, GSA, etc. Com estava molt edematosa, l’accés perifèric era impossible, així que li trèiem sang arterial. Al llarg de tota la setmana la vaig haver de punxar quatre vegades: les dues primeres no vaig trobar l’artèria, i vaig començar a pensar que això de punxar no se’m donava gaire bé. Després vaig pensar en canviar de braç, i a l’altre la vaig trobar a la primera les dues vegades.*

*Tenim una altra pacient (Sra. Roberta) que està bastant desanimada perquè està molt sola, i el divendres no teníem molta feina i ens vam parar a parlar amb ella una bona estona. Sembla mentida el bé que pot fer-li només ser escoltada. Era una història molt trista; el seu marit està ingressat en un altre hospital i no tenen fills, només un germà que és molt gran i va d’aquí cap allà cada dia.”* (D5, Est Irene, 3:85)

Irene además de una mirada a la persona en su dimensión fisiopatológica, tiene en cuenta otras dimensiones de la persona como su dimensión emocional, familiar y relacional. Esa mirada de la estudiante que cada vez se va haciendo más amplia, hasta llegar a ver la *big picture*, se debe, entre otras cosas, a haber presenciado una relación de cuidado y de confianza entre el enfermero tutor y ella, que le ha permitido *ser* y *hacer* en su práctica clínica con autonomía, con libertad para expandir sus potencialidades, para *dejarse decir algo*, para formarse como enfermera con una mirada pluridimensional y plurirrelacional, para formarse en ella una actividad mental autoestructurante (auto-organizada) y una sensibilidad hacia el cuidado del otro/a (hacia la experiencia y preocupaciones del paciente) y el cuidado de sí:

*“Irene: Sí, eso fue muy triste, porque era un día, un miércoles, no teníamos mucho trabajo y entramos con Jordi porque se encontraba mal y le preguntamos qué le pasaba, porque estaba como triste y se puso a llorar y nos explicó su historia y la verdad es que daba mucha pena, casi me pongo a llorar, me tuve que aguantar porque era muy triste, se ve que su marido está en otro hospital ingresado y estaba muy lejos y no tienen hijos, (...) que la familia esté en una situación delicada, daba pena, **me sabía mal por ella, y nada, la estuvimos escuchando que a veces sólo con eso ya basta y ya está, y se quedó un poco más descansada.***

*Nelly: ¿Y tú cómo vives estos momentos?*

*Irene: Pues, a lo mejor pasamos allí diez minutos y yo estaba, **es que me daba mucha angustia por ella, me ponía en su lugar y me daba mucha pena, entonces, pues salí y no podía hacer ver que acababa de salir de cualquier sitio, estaba un poco triste, (...) yo no puedo salir de la habitación y hacer ver que no he escuchado nada, yo lo había escuchado***

*Nelly: Que quizás es algo humano*

*Irene: Claro que al principio a lo mejor, luego te acostumbras a escuchar esto y, pues, no sé, al principio igualmente yo **no creo que nunca me acostumbre a pasar del tema porque yo creo que si es una historia es triste, pues es triste y te va a dar pena (...)**” (C2, Est Irene, 4:43)*

### **6.5.7.3 Hacia el desarrollo del sentido de Saliencia de la estudiante: ‘Tú qué harías si fueras enfermera’.**

La última observación que presentaré fue realizada en la siguiente rotación de Irene, en la planta B. En ésta puede apreciarse la práctica autónoma de la estudiante, la conexión que establece entre la fisiopatología, la valoración y exploración física de los libros de texto o enseñanzas en el aula y lo que ella se encuentra en las situaciones clínicas reales, en las manifestaciones clínicas del paciente (Benner et al., 2010), la interrelación/integración de conocimientos abstractos a la singularidad de la situación, la deliberación, la elaboración de razonamientos, formulación de juicios reflexivos y la toma de decisiones:

*[Situación pedagógica17] “15:30 h. Luego entra la auxiliar A. y comenta que ‘la mujer de la cama B16.2 no hace de vientre (deposición) hace días’. La enfermera Norma se encuentra en su hora de comida [la enfermera que tutoriza a Irene en la segunda rotación clínica del prácticum]. Por tanto, Irene está pendiente de los pacientes asignados a la enfermera. La estudiante le responde a la auxiliar:*

*Irene: ‘Te lo miro’*

*La estudiante revisa en el SILICON [programa informático], el tratamiento farmacológico.*

*Luego le pregunta a su compañera de prácticas:*

*Irene: ¿Tú qué harías, le damos el Microlax®?*

*Montse: 'No, yo me esperaría'*

*Irene: 'Tú qué harías si fueras enfermera'*

*Montse no responde. La estudiante Irene al parecer se lo piensa y se levanta de su silla y se dirige a la habitación de aquella mujer. (...)* (O8 PB, Est Irene, 3:98)

Ese preguntar-se '*¿qué haría si fuera enfermera?*' es una pregunta problematizadora que invita a pensar-se de manera situada y abierta a las posibilidades de futuro, a imaginar el posible devenir de las diversas acciones, e invita a la acción pensada, sentida y ética:

*"(...) Estando en el interior de la habitación Irene se ubica al costado izquierdo de la cama de la paciente, y le pregunta:*

*Irene: '¿Hace cuántos días que no haces de vientre?'*

*Sra. Lucrecia: 'hace 4 días. Y como tengo Guillan Barré. (...)'*

*Familiar-hija-: 'suele pasarle que duré varios días, la otra vez le pasó y le pusieron un tubo, en casa le administramos este jarabe [se lo muestra a la estudiante es Duphalac®] todas las mañanas, últimamente venía bien, pero ahora nuevamente le pasó.'*

*Sra. Lucrecia: 'Sí, me administraron un tubo que no me recuerdo cuál era'*

*Irene: Debió ser el Microlax®*

*Fliar: Yo creo que sí...*

*Irene: 'Déjame ver la barriga [pide permiso para retirar la bata de la paciente y realiza con sus manos palpación del abdomen de la mujer]*

*A ver, lo palpo blando, pero ya llevas 4 días. Seguramente que te daremos Microlax®, pero prefiero que venga Norma que fue a comer.'*

*Fliar: 'Sí, sí, yo es que le voy diciendo a todas las que estáis de blanco, pero si no hay problema esperamos a Norma, por media hora o así no va a pasar nada [se ríe y hay un ambiente que permite el diálogo entre la paciente, la familiar y la estudiante] (...)'* (O8 PB, Est Irene, 3:98)

*"(...) Estando fuera de la habitación. Nelly: '¿Por qué has decidido ir a preguntarle a la paciente sobre los días que llevaba sin hacer deposición?'*

*Irene: 'Porque es muy subjetivo el que lleve días sin hacer del vientre, y yo quería asegurarme, por eso me fui y le pregunté a la mujer cuantos días llevaba sin hacer del vientre y ya cuando me ha dicho que 4 días, ya vi que era considerable. Yo de mí le administro el Microlax®, pero prefiero esperarme y preguntárselo a Norma.'* (O8 PB, Est Irene, 3:98)

Irene **verifica y comprueba** los datos proporcionados por el personal auxiliar, toma como decisión realizar una indagación y exploración física a la paciente, **contrasta los datos** subjetivos y objetivos de la situación, delibera sobre la situación clínica, sobre aquellos rasgos salientes de ésta, elabora un juicio clínico, la estudiante aprende a integrar el conocimiento (ya

sea fisiológico, relacional o farmacológico) con las preocupaciones de la paciente y al desarrollo de una respuesta compleja. Para Benner et al. (2010), los/as estudiantes aprenden a usar el conocimiento al incrementar su comprensión (comprensión perceptual y narrativa) de lo que significa la situación clínica e incrementar su facilidad para la cognición situada. Además del pensamiento en la acción, en los primeros años el estudiante aprende a priorizar acciones, reflexionar sobre lo que ellos han aprendido desde su experiencia y a mejorar el cuidado que ellos dan en su próxima experiencia de cuidado. Este tipo de experiencia clínica (proceso de aprendizaje experiencial) repetido sobre el tiempo permite un creciente sentido de saliencia sobre las situaciones clínicas familiares (Benner et al., 2010: 94).

Al preguntar a Irene respecto a aquello que la llevó a tomar la decisión de hacer la valoración y exploración física de la paciente:

*“Irene: (...) pues, lo primero que pensé es 'vale, ¿hace mucho que no hace de vientre? ¿cuántos días?', no me acuerdo que dijo, pero claro, si vas cada y un día no vas tampoco pasa nada, pero si llevas tres días sin ir es muy poco y entonces, le pregunté si le dolía, y luego claro, le dije a Montse [compañera] y ella me recomendó que esperara a Norma, pero porque, para preguntárselo no porque pudiese pasar algo grave si se lo ponía, era cuestión de 'espérate mejor a que llegue ella que luego si no vete tú a saber', era eso. (...)*

*Nelly: ¿Y el haberle hecho la valoración, lo habías visto antes?*

*Irene: No sé si lo he visto nunca, no lo he visto, creo que verlo lo he visto pero lo he visto escrito muchas veces lo del abdomen blando y depresible y estas cosas, entonces, pues nada la palpación y ya está, a mirar si estaba duro o lo que fuera, o distendido.”*  
(E, Est Irene, 4:75)

La práctica clínica y experiencias clínicas como estas favorecen la integración de los conocimientos dados en la enseñanza del aula, pero es necesario que haya una debida mediación entre la enseñanza del aula y las situaciones clínicas. Una mediación que pasa por la enfermera/o tutor/a, de tal modo, que permita integrar la enseñanza del aula con la enseñanza de la práctica clínica, el estudiante no aprende sólo con ver hacer a la enfermera sin una reflexión o intencionalidad pedagógica, necesita de una práctica pedagógica en la que se conjugue la pluridimensionalidad de la enseñanza, que tenga en cuenta la dimensión relacional, emocional,

cognitiva, ética, social y por qué no, también política del educador y del educando. Una enseñanza integradora orientada hacia la formación del sujeto, como sujeto de experiencia, como pensante de sí mismo, que cuide de sí, y como sujeto político delante de un equipo multidisciplinar y un sistema sanitario.

Una relación pedagógica que está por el estudiante es una relación de cuidado, que conlleva estar por la persona hospitalizada. Los significados que la estudiante ha elaborado en torno al acto de cuidar a otro/a son el resultado de la diversidad de conversaciones convergentes que han sucedido en la relación pedagógica y clínica con el enfermero. Estos significados de una u otra manera guían su acción clínica, de tal manera que delante de la persona hospitalizada actúa como ha visto, sentido y vivenciado la presencia del enfermero en la relación pedagógica establecida con ella y la relación clínica que éste ha establecido con la persona hospitalizada. Todas aquellas sensaciones, vivencias, percepciones atraviesan la práctica clínica de la estudiante, y de ahí que al estar delante del paciente asuma una actitud en la que está por él, en presencia, atenta y disponible a lo que sucede en ese preciso instante/momento. Esta situación me lleva a sentir que cuidamos y nos relacionamos con el/la estudiante de la misma manera, o de forma análoga a como cuidamos y nos relacionamos con el paciente, incluso de manera similar a como nos relacionamos con nosotros mismos.

Pareciera algo obvio, una idea obvia, es tan simple, pero tan complejo sentirla y llevarla a la práctica docente. Tal vez lo complejo es dejarse-decir-algo de lo simple, y ese dejarse decir algo pasa por ese ser sensible y ese ofrecer la escucha a aquello que nos suena incomprensible (Skliar, 2011).

Dejarse-decir-algo de la acción clínica y pedagógica del enfermero implica adoptar una actitud de atención, de escucha, de disposición, sólo así lo no dicho, lo inefable puede ser percibido, y puede ser una invitación al descubrimiento de lo que subyace en la acción clínica del enfermero. Es lo que Kosowski (1995) denomina ‘conocimiento de cuidado encarnado’, en el

cual las estudiantes crearon y aprendieron el cuidado de manera personificada en un camino de actuar, pensar y sentir sobre la experiencia presente de cuidado de enfermería, y que luego recordaron y relataron como casos paradigma del aprendizaje del cuidado de enfermería dentro de los lugares clínicos.

Por último y acorde con Bárcena (2005), la buena práctica educativa supone:

*(...) un cierto saber borrarse uno como educador, para que el otro tome su propio lugar, y habite el mundo como un ser humano, o sea, poéticamente, porque es así como hacemos mundo. (...) Parafraseando un texto de Gadamer referido a la medicina, podríamos decir, entonces, que el arte pedagógico encuentra su cumplimiento en su propia supresión y en la restitución al otro de su libertad. (Bárcena, 2005: 220)*



---

**QUINTA PARTE**

---





## Capítulo 7. Conclusiones, propuestas y reflexiones finales

*El aprendizaje del cuidado no es un proceso secuencial (...) Probablemente sea cierto que hay que aprender a ser cuidado y a cuidarse antes de aprender a cuidar, pero no es un proceso lineal. A medida que comenzamos a cuidar a otros, aprendemos más acerca de lo que significa ser cuidado. A medida que aprendemos a cuidar de nosotros mismos, nos volvemos más capaces de valorar los esfuerzos que hacen otros para cuidar. (Noddings, 2009: 71-72)*

### 7.1 Conclusiones

La finalidad propuesta en la investigación fue describir tres aspectos: la experiencia del y de la estudiante en su prácticum clínico; el significado y el papel de su relación con la o el enfermera/o tutor/a en su formación clínica, reflexiva, relacional y ética; y su experiencia de las situaciones clínicas —en interacción con la persona hospitalizada— en donde integra la práctica reflexiva, el razonamiento clínico, las cualidades relacionales y éticas, y la reflexión sobre sí.

A continuación expondré las principales conclusiones en torno a estos aspectos.

#### 7.1.1 Experiencia del y de la estudiante en su prácticum clínico.

El mundo hospitalario es un terreno desconocido, incierto y complejo para el/la estudiante de enfermería, en él se arriesga a perder el sentido de su competencia, su control y su propia confianza (Schön, 1992: 94), esto lo sitúa en un estado de vulnerabilidad. Se espera de él o de ella que se tire de cabeza al proceso de cuidar a una persona sana o enferma, tratando de hacer desde el principio sobre lo que todavía no está en condiciones de captar sus significados más elementales, una situación paradójica para éste/a, debido a que en un principio no puede “comprender lo que necesita aprender, sólo puede aprenderlo formándose a sí mismo, y sólo puede formarse a sí mismo comenzando por hacer lo que aún no comprende” (Schön, 1992: 93).

Por lo tanto, el/la estudiante experimenta una situación de interdependencia temporal con enfermeras y enfermeros, de quienes cabe esperar la ayuda para adquirir una buena comprensión, dirección y competencia (Schön, 1992: 94). Las vivencias que experimente en su prácticum clínico serán el pilar para su formación humanística-técnico-científica y para la internalización de la cultura enfermera.

Al y a la estudiante se le pide que confíe en el/la enfermero/a tutor/a y que haga una “tregua voluntaria de incredulidad”. Esta tregua consiste en que aquél/aquella dé una oportunidad a las sugerencias del o de la enfermero/a, ponga a prueba las indicaciones y confíe en que éste/a posea una intención programática (Schön, 1992: 93). Por tanto, el/la estudiante adopta un determinado tipo de actitud; la de responsabilizarse por su formación y, al mismo tiempo, mantenerse dispuesto a recibir la ayuda del enfermero/a y *dejarse decir algo* por éste/a.

El prácticum clínico del/de la estudiante de enfermería es el escenario que aproxima a éste/a al mundo práctico y que posibilita en él/ella que surjan aprendizajes de manera experiencial y situada. Algunos de estos aprendizajes experienciales de los y las estudiantes fueron los siguientes: Responder de manera fluida a las demandas de cada situación, elaborando en torno a ésta razonamiento y juicios clínicos acertados y toma de decisiones en orden a decidir qué es lo más importante para un paciente particular; Sensibilidad a las necesidades del otro/a, conocer y conectar con la experiencia de salud y enfermedad por la que atraviesa la persona hospitalizada y dar cuenta y atender a las necesidades más prioritarias para cada paciente en un espacio y tiempo determinado; Saber cómo ejecutar los pasos necesarios para la acción, a través de ver la situación *como* aquella otra y hacer en ésta *como* ha visto hacer en la práctica clínica del enfermero/a tutor/a, ese *ver-como* es lo que capacita al y a la estudiante para traer a colación la experiencia pasada a la hora de referirse a los casos singulares; *Revertir* situaciones de no-cuidado que ha observado y oído en los comentarios del personal de enfermería; Situarse en el contexto hospitalario, conocer sus tiempos, espacios y organización, aprender a desenvolverse en un

equipo de salud de manera inter e intradisciplinaria, gestionar los cuidados de la persona hospitalizada con el equipo de salud y con el paciente y ser crítico delante de la institución sanitaria.

No hay que olvidar que el/la estudiante es una persona que trae un saber experiencial, fruto de su biografía y/o de experiencias vividas —algunos estudiantes eran cuidadores de sus padres o familia o lo habían sido, otros se habían desempeñado/desempeñaban como personal auxiliar de enfermería—. Este conocimiento por su importancia pedagógica para su formación como enfermero/a, le favorecerá *acercarse o desplazarse* hacia la experiencia del otro/a, conectando con los sentimientos de sufrimiento del otro/a. Percibir este conocimiento experiencial del/de la estudiante puede resultar significativo para destacar y reconocer los rasgos y cualidades de su cuidado, asignarle importancia pedagógica a éstos, vincularlos con el conocimiento de enfermería y construir interacciones de cuidado competentes y significativas con los pacientes. Esto implica, por lo tanto, mirar y reconocer al y a la estudiante desde sus cualidades, capacidades y potencialidades y de manera pluridimensional, dejando de lado en la actuación pedagógica actitudes que denigran al otro/a como el etiquetamiento, la clasificación o el reducirlo a una categoría, propio de una mirada reductora que no permite al/a la estudiante desplegar todos sus saberes ni asumirse en sus limitaciones.

### **7.1.2 El significado y el papel de la relación pedagógica entre enfermera/o y estudiante en su formación clínica.**

La relación pedagógica que ‘está por el/la estudiante’ es una relación implicada en su proceso de aprendizaje, y por tanto, atiende sobre aquello que necesita conocer y aprehender el/la estudiante para cuidar de manera competente (pluridimensional), para elaborar los razonamientos y habilidades clínicos y para entablar una relación terapéutica y ética con el paciente. ‘Estar por el/la estudiante’ significa considerarlo/a como persona, como sujeto protagonista de su propio

aprendizaje y de su propia experiencia, tenerlo/a en cuenta en su singularidad e individualidad, acogerlo/a en aquello que aún no sabe o no domina y empatizar con la vivencia por la que *atraviesa*. Es una relación pedagógica que simultáneamente es una *relación de cuidado*, el/la enfermero/a que cuida del/de la estudiante, enseña a cuidar cuidándola, y esto posteriormente repercutirá en el cuidado del paciente, debido a que la estudiante le cuidará tal como ha experimentado el cuidado del/de la enfermera/o tutor/a. Es una relación pedagógica que *ofrece* seguridad, empoderamiento, autonomización, autorización a la equivocación y al no-saber y que está soportada en la *confianza*, el *reconocimiento recíproco*, la *empatía*, el *diálogo*, la *ayuda* y la *presencia*.

La relación pedagógica que ‘está por el/la estudiante’ es una relación que ‘confía en él/ella’, que en su acción se aprecia seguridad, confianza y libertad para que el/la estudiante vaya cada vez *más por libre* y progrese hacia la práctica autónoma. Además se preocupa porque la experiencia clínica del/de la estudiante cumpla con los criterios de continuidad y de interacción planteados por Dewey (2004), de modo tal, que en él/ella se favorezcan aprendizajes experienciales significativos para su formación como enfermera/o.

La relación pedagógica que ‘está por el/la estudiante’ *ofrece lo mejor de sí*, se toma en serio la necesidad del otro/a, conoce y conecta con la experiencia de éste/a, se hace copartícipe de su error y colaborativamente enseña y aprende a resolver los problemas que surjan en la acción, es consciente de lo que dice y hace en la acción pedagógica y el efecto de dicha acción en la práctica del/de la estudiante y asume la práctica de tutoría clínica como una oportunidad para enseñar y aprender simultáneamente. Esta relación es el núcleo de partida para el aprendizaje y desarrollo del razonamiento, juicio clínico, sentido de saliencia, planteamiento de prioridades y ejecución de acciones clínicas; y para la construcción de relaciones de cuidado (terapéuticas) reflexivas y éticas centradas en el bien-estar de la persona.

Para el desarrollo del razonamiento y juicio clínico es importante que aquello que el/la enfermero/a elija decir y demostrar al/a la estudiante lo diga o haga en el contexto del *hacer* de éste/a; que pida a los/as estudiantes que verbalicen las razones de sus acciones, con el fin de que sepan lo que están haciendo, evitando así acciones mecánicas e irreflexivas y permitiendo internalizar la deliberación, análisis y razonamientos clínicos de sus acciones y por ende una práctica de aprendizaje y cuidador/a reflexiva; como también que pida a los/as estudiantes el establecimiento de prioridades en sus acciones clínicas teniendo en cuenta la evolución dinámica y cambiante de las mismas, con el fin de llevar al/a la estudiante a deliberar y discernir sobre la naturaleza y evolución de la situación, y al desarrollo de un sentido de *saliencia*, éste último al permitirle *notar* qué debe ser abordado inmediatamente.

En la enseñanza de procedimientos y/o procesos clínicos es importante que en el interior de la ejecución clínica sucedan procesos de reflexión en la acción recíproca y que posteriormente haya una reflexión sobre la acción —a modo de retroalimentación y diálogo reflexivo—. Esta reflexión llega a ser recíproca cuando el tutor, en primer lugar, responde a la ejecución del estudiante con su consejo, su crítica, sus explicaciones y sus descripciones, pero también con más ejecuciones por su parte; en segundo lugar, *particulariza* sus demostraciones y descripciones, adaptadas a la actividad y progreso del estudiante, a sus conocimientos y/o dificultades y piensa en las respuestas más oportunas para ayudarlo. El/la estudiante reflexiona sobre lo que oye decir y ve hacer al/a la enfermero/a y mantiene conversaciones reflexivas respecto a su propia ejecución.

En el interior de la situación clínica, cualidades como la empatía, el diálogo, la escucha, la apertura, la disposición o asequibilidad, el apoyo emocional y valores como la responsabilidad, preservación de la integridad y dignidad del paciente, la seguridad y beneficio/bien-estar para el paciente contribuyen al establecimiento de relaciones terapéuticas éticas (responsables) y reflexivas con la persona hospitalizada. El/la estudiante de enfermería percibe y reconoce dichas

cualidades cuando éstas se hacen presentes en la relación terapéutica enfermero/a-paciente y cuando son experimentadas por él/ella en la relación pedagógica con el/la enfermero/a. Cuando el/la enfermero/a ‘está-presente’, en presencia plena con la persona hospitalizada y/o con el estudiante, se desplaza hacia el otro/a en sentido gadameriano, por tanto su ser y hacer enfermero será experimentado por el otro/a y éste/a será reconocido en su particularidad, individualidad y vulnerabilidad. Este ‘estar presente’ y ‘desplazarse’ hacia la experiencia del otro/a favorece encuentros terapéuticos y pedagógicos *conscientes* de carácter dialógico, intersubjetivo, auténtico, autorreflexivo y situado.

### **7.1.3 Integración de la práctica reflexiva, el razonamiento clínico, las cualidades relacionales y éticas, y la reflexión sobre sí en las situaciones clínicas del/de la estudiante.**

Para el/la estudiante ‘ir con cuidado’ a la situación de la persona hospitalizada, es un conocimiento práctico que interioriza y obtiene de cada encuentro con él o ella y se manifiesta en una observación cuidadosa, sistemática y empática y un hacer prudente, presente y atento, que implica un *estar con* y *hacer con* centrado en el bien-estar tanto de la persona hospitalizada como de sí mismo/a. Un ‘Ir con cuidado’ que se caracteriza además por ser un conocimiento «pático», es decir, un conocimiento sensible que depende de la presencia personal, de la percepción relacional, de sentir el sentir del otro/a y de *saber distinguir cada situación*.

Este *aprender a/saber distinguir y responder en cada situación* por lo relevante y pertinente, implica actuar de manera deliberada, que en la línea de la tradición Aristotélica se conoce por *phrónesis*, y actuar con *consciencia o tacto* delante de la situación para distinguir activamente lo que es apropiado de lo que es inapropiado. En orden a desarrollar un sentido de saliencia caracterizado por ese matiz perceptual y por emerger en el interior de la situación clínica del paciente, es decir, la capacidad de discriminar entre lo relevante y lo no relevante y decidir qué es lo más urgente y lo menos para la persona en particular. ‘Ir con cuidado’ y ‘saber

distinguir cada situación' se constituyen así en aquellos saberes experienciales que el/la estudiante va adquiriendo durante su prácticum clínico, que le permiten percibir cada situación clínica como si fuese un caso único.

Las pedagogías de contextualización de carácter holístico (multidimensional) acercan al/a la estudiante a atender la situación clínica de manera situada, reconociendo sus características y su singularidad e individualizando la necesidad o demanda del otro/a, por tanto, estas pedagogías favorecen en el/la estudiante desarrollar este conocimiento práctico y «pático» de **“ir con cuidado a la situación de cada uno”** y por ende a un *hacer prudente, sensible y razonado*.

La complejidad del proceso reflexivo del/de la estudiante permite identificar el desarrollo de cualidades reflexivas como la atención operativa, la anticipación, la consciencia situacional y percepción a las necesidades del paciente y la imitación reflexiva. La atención operativa del/de la estudiante se manifiesta en la atención que presta al decir y demostrar del/de la enfermero/a, en el proceso de construcción selectiva de los aspectos esenciales que considera necesarios aprender de lo que ha oído y visto hacer al/a la enfermero/a; se manifiesta también durante la ejecución de acciones clínicas, al reflexionar en la *acción presente*, conversar de manera reflexiva con los materiales de la situación, centrar su atención en la ejecución de manera que traslada a la acción aquello que ella ha visto, oído o explorado en *experiencias anteriores* y *anticiparse de manera reflexiva al paso siguiente de su ejecución*. Por tanto, la atención operativa que el/la estudiante mantiene en el interior de la acción, le lleva a **hacer una conversación reflexiva en su ejecución donde enlaza las experiencias previas, la situación presente y se anticipa al paso siguiente**.

El/la estudiante puede responder ante las demostraciones y descripciones del/de la enfermero/a tutor/a descifrando los significados y rasgos esenciales de éstas y traduciendo aquéllos en una nueva ejecución a través de la *imitación reflexiva*, la cual adquiere un carácter



explorador y reflexivo en la acción de el/la estudiante. De modo que éste/a progresa desde la imitación del/de la enfermero/a a la imitación de sí mismo.

Para el/la estudiante el hecho de que le deleguen actividades de cuidado es vivido como un reto, es una manera de poner a prueba su propio desempeño, y esto le genera motivación, responsabilidad en el cuidado de la otra persona, atención y reflexión en el interior de la acción “¿qué, cómo, por qué y cuándo?”, toma de decisiones deliberadas y razonadas, ejecución de acciones reflexionadas y éticas (responsables) y aprender de manera experiencial. Sentir que ‘cada vez va más por libre’ es un proceso que sucede de manera gradual y acorde a la singularidad del y de la estudiante, éste le permite al/a la estudiante confiar en sí mismo/a, propiciar el entrenamiento en habilidades clínicas, el desenvolvimiento delante de los cambios o giros que pueden tomar las situaciones clínicas, la adopción de una disposición para atender de manera operativa e imitar reflexivamente, el favorecimiento de su práctica autónoma y la reflexión sobre su proceso de formación.

Estar el/la estudiante junto al/a la paciente en el encuentro terapéutico pone de relieve la tensión intersubjetiva que se experimenta en el mundo real de la enfermería. El/la estudiante puede experimentar (si se ha favorecido) en el encuentro con el/la persona hospitalizada, consciencia respecto a la singularidad y particularidad de la experiencia de éste/a y desplazarse a la situación del mismo viéndolo como un todo; a su vez es un momento posibilitador para la consciencia de sí misma/o como cuidador. Algunas cualidades relacionales y éticas observadas en la práctica autónoma de las/os estudiantes fueron: ‘dejar ser al otro/a’, presencia plena ‘estando-ahí’ en la situación de cuidado, la adopción de una actitud asequible dirigida a ayudar, ‘ir con cuidado’, el tacto afectivo y delicado, el percatarse de la singularidad del/de la otro/a, acciones responsables y centradas en el bien-estar de la persona y su familia, establecimiento de una relación Yo-Tu como experiencia hermenéutica en el sentido gadameriano, escuchar y responder, conocer y conectar con la experiencia de la persona hospitalizada. Fue de vital

importancia para el/la estudiante respuestas de agradecimiento, confianza y reconocimiento por parte de las personas hospitalizadas respecto a su cuidado y la relación que establecían con éstas.

Los dilemas éticos del/de la estudiante en su práctica clínica giraron en torno a qué, cómo, cuándo y hasta dónde informar a la persona hospitalizada y su familia, qué y cómo informar a personas que hablan otro idioma o que no comparten los mismos rasgos culturales, preocupación por dar una mala información o realizar una mala praxis que repercuta negativamente en el paciente, cómo actuar delante de decisiones médicas que no protegen la dignidad de éste, qué papel asumir delante de decisiones clínicas como la ‘pauta de confort’ para una persona.

Pensar sobre las situaciones y acontecimientos clínicos vividos en la práctica del/de la estudiante, le permite elaborar reflexiones sobre sí como aprendiz y sobre su propia práctica. Reflexiones que a su vez son el sustrato para su praxis profesional, y su praxis como estudiante, a partir de éstas él o ella replantea y da forma a su práctica, elabora mudanzas de pensamiento y de creencias que lo llevan a la maduración profesional y a la internalización de la cultura enfermera, aprende a desenvolverse delante de situaciones inciertas y complejas que surgen en el interior de la práctica clínica. El/la estudiante como sujeto activo y protagonista de su aprendizaje re-construye su propio proceso de maduración y de profesionalización en interacción con los otros/as y el mundo clínico y/o comunitario.

La realización de los diarios reflexivos fue un instrumento pedagógico que facilitó estos procesos de reflexión del/de la estudiante junto con el acompañamiento de la profesora a través de aportaciones y de retroalimentación reflexiva y constructiva:

*“Yo lo he visto positivo porque a la hora de escribirlo [el diario] tú haces como un balance de tu semana y también eres consciente de lo que más te ha marcado y de lo que menos, y qué es a lo que le has encontrado más importancia,... me ha gustado el hecho eso, de que también te hagan reflexionar de lo que te influye o te implica para ti, (...) te da la posibilidad de reflexionar sobre qué situación has vivido y tener la posibilidad de pensar en el acontecimiento, a ver qué importancia ha tenido y qué no, y cómo ha influido lo que has vivido, y cómo te ha influido en cómo has actuado o en la repercusión que ha tenido para ti, es como llegar a casa y pensar “y esto realmente*

*me ha hecho pensar o”, (...) y luego eso las situaciones con pacientes que te han marcado, que te han llenado.” (E1, Est Rosa, 2: 100)*

*“Blanca, yo creo que se sabe explicar muy bien, a veces tú le escribías algo y ella te ponía una pregunta abierta, y te hacía que pensaras, ‘¡ostras!, pues igual tiene razón’, intentabas o cambiar o mirar a ver qué tal, (...) son todas preguntas abiertas para que tú sigas pensando, de lo que has escrito, (...) para que pienses todas las posibilidades.” (E1, Est Rosa, 2:100)*

## 7.2 Las propuestas

Orientar la práctica pedagógica hacia el proceso de formación y aprendizaje del/de la estudiante es: indagar en la experiencia concreta del/de la estudiante y los significados construidos en torno al acto de cuidar a otra persona, más que en teorizaciones abstractas o la mera resolución de problemas y ejecución de procedimientos; estimular la reflexión del/de la estudiante sobre los acontecimientos y vivencias clínicas; asignar la importancia pedagógica que merece su vivencia, percepción, sentimiento y pensamiento; favorecer en él/ella la elaboración de significados e interpretaciones de su propia práctica como educando y como cuidador y la posibilidad de dar sentido a la acción y articular los resultados de este proceso reflexivo con su futura práctica clínica; en síntesis ***reflexionar educador-educando sobre la reflexión en la acción*** (Schön, 1992).

Una segunda propuesta sería la posibilidad de estructurar en el curriculum de enfermería asignatura/s y/o cursos orientado/s hacia la formación de formadores clínicos dirigidos a estudiantes del pregrado, postgrado, profesoras/es y/o enfermeros/as. Propuesta soportada en la función de formador clínico que asume el/la enfermero/a en su práctica clínica. De acuerdo con Benner, et al. (2010) si la experiencia de enseñanza clínica que reciben los estudiantes de enfermería en su formación es de alta calidad, es más probable que asimismo sean mejores educadores y formadores de los futuros profesionales de enfermería. Por otro lado, respaldo el planteamiento, con algunas consideraciones, que realizaron las/os propias estudiantes respecto a

aquellos rasgos o cualidades que tendrían en cuenta en su futura práctica como tutoras/es clínica/os:

*“es como una relación para mí, (...) cuando tienes una relación entiendes que tu vida ahora es con otra persona, no puedes hacerlo por tu lado, (...) cuando una tutora tiene una alumna ... todo lo que haga tiene que tener en cuenta que hay una persona que está interesada en saber lo que haces, y muchas veces veo, que no se dan cuenta, muchas, porque no pueden estar constantemente pendientes de los alumnos, e involuntariamente se ponen a hacer su trabajo y entonces tú te sientes un poco dejada de lado, porque no sabes lo que están haciendo, no entiendes muy bien el por qué lo hacen.” (E, EstSonia, 4:103)*

*“(...) al enseñar aprendes, seguramente mi alumno me haría preguntas que yo no sabría y le diría: 'ah, pues no lo sé, vamos a buscarlo', a buscar información, (...) incluso prepararía soportes visuales, información,... haría que mi alumno sintiese que al llegar a casa ha aprovechado siete horas y que no ha estado mirando como yo trabajo [ríe].” (E, Est Sonia, 4:152)*

De igual manera, estructurar en el curriculum de enfermería asignatura/s y/o cursos orientado/s hacia la educación y cuidado emocional dirigidos a estudiantes del pregrado, postgrado, profesoras/es y/o enfermeros/as. Respaldo lo anterior en las reflexiones que realizaron las/os propias estudiantes en torno al cuidado emocional de los/as profesionales de salud y de la persona hospitalizada, al expresar que no están preparados para proporcionar este tipo de cuidado, como tampoco para soportar la carga emocional que implica cuidar a otra persona. Dimensión en la que consideran no están debidamente formados y que no es abordada desde la universidad, la cual es esencial para su formación como enfermeras/os, al ser una práctica de naturaleza humana.

Más que proponer, la tesis busca sensibilizar al/a la educador/a en enfermería (ya sea enfermero/a, supervisor/a de prácticas clínicas y profesor/a) sobre la importancia de ejercer una práctica de tutoría clínica consciente y pedagógica, es decir de re-pensar su propia práctica como formador/a más allá de su dimensión técnico-científica, abarcando sus dimensiones emocional, ética, relacional. En otras palabras ejercer el cuidado de sí, que como práctica de la subjetividad tiene que ver con la *formación (Bildung)*, no para aprender algo exterior, sino para propiciar el

ejercicio de la reflexión respecto a sí mismo y al mundo, teniendo además presente la consideración de que “sólo puede enseñar quien se ha formado”, en palabras de Altarejos (1990), citado en Bárcena (1994). Lo que favorecerá que la práctica pedagógica del/de la educador/a oriente y guíe al/a la estudiante hacia esta práctica de la subjetividad, el cuidado de sí, el conocimiento de sí mismo y por ende, la valorización y autorización de su ser/hacer enfermero/a en el cuidado de los/as otros/as:

*En las aulas académicas es posible alentar no sólo las relaciones personales, sino también el conocimiento de sí mismo. (Noddings, 2009: 73)*

*La búsqueda del conocimiento de sí mismo (...) se integra fácilmente en el estudio de las relaciones con los demás. Aprender a cuidarse forma parte del aprendizaje de cuidar a los demás. (Noddings, 2009: 77)*

De igual manera, la tesis invita a examinar de manera consciente el lenguaje enfermero y el carácter que adquieren las conversaciones con el otro/a, tanto en la relación pedagógica como en la terapéutica, si es convergente o divergente, por ejemplo. Es a través de la examinación y problematización de nuestro lenguaje, tal como lo he mencionado, que podemos empezar a cuestionar, cambiar y potenciar modos dialógicos o anti-dialógicos presentes en nuestra práctica tanto enfermera como pedagógica.

Algunas temáticas y/o preguntas posibles de investigación para continuar en esta línea de investigación son:

- Profundizar en los aspectos más significativos de las experiencias vividas por estudiantes de enfermería en sus interacciones con los pacientes y cómo el cuidado es percibido, aprendido y practicado por los/as estudiantes durante sus situaciones clínicas —en las interacciones de cuidado de los pacientes—.
- ¿Qué experiencias en las cuales el/la estudiante conoce y conecta con el paciente son significativas para su formación?, ¿Cómo pueden las experiencias de la práctica

proporcionar a los estudiantes oportunidades para conocer y conectar con los pacientes?

- ¿De qué forma las contribuciones de los/as estudiantes en el cuidado de los pacientes son reconocidas o pasadas por alto?, ¿qué le pasa al/a la estudiante delante de la actual situación sanitaria?, ¿Cómo formar profesionales de enfermería ante tal escenario?
- ¿Qué repercusión tiene para el cuidado del/ de la estudiante y el cuidado de la persona hospitalizada la práctica autoritaria en la formación enfermera/o?, ¿Cómo se puede enfrentar/superar aquella situación en la que el/la profesor/a establezca relaciones caracterizadas por el poder disciplinador y autoritario en la formación del/de la estudiante?
- ¿Cómo el/la estudiante de enfermería hace ese proceso de construcción selectiva de las cosas esenciales y no esenciales de las demostraciones y descripciones de aspectos del cuidado que hace el tutor?, ¿Qué le ayuda a la estudiante a seleccionar aquella información esencial de las demostraciones y descripciones que realiza el tutor/a?, ¿En nuestra práctica como docentes clínicos prestamos atención a cómo la/el estudiante progresa de la imitación del otro a la imitación de sí mismo?

### **7.3 Los aprendizajes**

Los aprendizajes de esta experiencia sucedieron en diversas direcciones (inciertas y no lineales) y sin previsión alguna progresivamente fueron convergiendo hacia mi crecimiento tanto profesional como personal. Señalaré dos importantes aprendizajes de mi formación doctoral en el seno de otra disciplina: el primero, relacionado con la escritura, reconocer la importancia pedagógica que tiene ésta para la autoobservación y la reflexividad, para la construcción de la subjetividad y para la mediación entre la acción y la reflexión; el segundo, relacionado con la lectura, reconocer la importancia de la lectura no para dominar una idea sino para crearla,

comprenderla y ponerla en relación con el contexto y con mi propia experiencia, y propender por una lectura más situada, integradora y profunda, con sentido crítico y abierta a *dejarme decir algo* de ésta.

Si bien procuraba cuidar la escritura, escribir de manera auténtica desde mi propio sentir, pensar y actuar, o en otras palabras, **escribir sintiendo la profundidad y belleza de las palabras que escribía —su contenido, su sabor, su tono—**, cabe decir que escribir fue en esencia inefable, perplejo e incierto. Además de ser consciente de que escribir es un proceso inacabable e ilimitado y por tanto no se agota en el saber-*se*. Escribir me implicó dedicación, constancia y disciplina. Escribir y leer han sido un continuo reescribir y releer y un autorizarme en aquello que escribo:

*La escritura fija el pensamiento sobre papel. Externaliza lo que en cierto sentido es interno; nos distancia de la implicación recientemente vivida con los elementos de nuestro mundo. Cuando miramos el papel y vemos lo que hemos escrito, nuestro pensamiento hecho objeto nos devuelve la mirada. (...) El objeto de la investigación en ciencias humanas es en esencia un proyecto lingüístico: lograr algún aspecto de nuestro mundo vivido, de nuestra experiencia vivida, sea comprensible e inteligible de un modo reflexivo. (...) El escritor produce un texto y, a la vez, produce más que ese texto. El escritor se produce a sí mismo. Como diría Sartre: 'el escritor es el producto de su propio producto'. Escribir es un tipo de creación, de moldeado de uno mismo. Escribir consiste en medir la profundidad de la cosas y, al mismo tiempo, lograr dar sentido a la propia profundidad. (Van Manen: 2003: 143)*

## REFERENCIAS

- Acebedo, M. S. (2012). *Narrativa y conocimiento práctico. Experiencias y prácticas de las enfermeras "expertas" en UCI*. (Tesis doctoral no publicada). Universitat Rovira i Virgili, Tarragona. (T. 1293-2012)
- Allchin, L. (2006). Caring for the dying: Nursing student perspectives. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 8(2), 112-119. Obtenido en <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2009210691&site=ehost-live&scope=site>
- Andrews, G. J., Brodie, D. A., Andrews, J. P., Hillan, E., Gail Thomas, B., Wong, J., & Rixon, L. (2006). Professional roles and communications in clinical placements: A qualitative study of nursing students' perceptions and some models for practice. *International Journal of Nursing Studies*, 43(7), 861-874. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.11.008
- Arnaus i Morral, R. (1996). *Complicitat i interpretació: El relat d'una etnografia educativa*. Barcelona: Eub.
- Atkinson, P., & Hammersley, M. (1994). Ethnography and participant observation. En N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 248-261). California: Sage Publications Inc.
- Atkinson, T., & Claxton, G. (2002). *El Profesor intuitivo*. Barcelona: Octaedro.
- Avis, M., & Freshwater, D. (2006). Evidence for practice, epistemology, and critical reflection. *Nursing Philosophy: An International Journal for Healthcare Professionals*, 7(4), 216-224.



- Bardallo, M.D. (2010). *Entre la enseñanza y el aprendizaje: Un espacio de saberes para compartir. La tutoría en Enfermería*. (Tesis doctoral no publicada). Universitat de Barcelona, Barcelona.
- Bárcena, F. (1994). *La práctica reflexiva en educación* (1a. ed.). Madrid: Complutense.
- Bárcena, F. (2005). *La experiencia reflexiva en educación*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- Bauman, Z. (2007). *Los retos de la educación en la modernidad líquida*. Barcelona: Editorial Gedisa, S.A.
- Bauman, Z. (2005). *Modernidad líquida* (4a. ed.). Argentina: Grafimor S.A.
- Beltrán, O.A. (2008). La práctica de enfermería en cuidado intensivo. *Aquichán*, 8(1), 50-63.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2010). *Educating nurses. A call for radical transformation* (1a. ed.). United States of America: Jossey-Bass.
- Benner, P. (1987). *Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional* (1a. ed.). Barcelona: Enfermería y sociedad. Ediciones Grijalbo, S.A.
- Bonilla C., E., & Rodríguez S., P. (1997). *La investigación en ciencias sociales. Más allá del dilema de los métodos* (2a. ed.). Colombia: Ediciones Uniandes. Grupo editorial Norma.
- Botero, D. (2006). Si la naturaleza es sabia, el hombre no lo es. En L. Muñoz, A. L. López & O. J. Gómez (Eds.), *Cátedra Manuel Ancizar: El Cuidado de la Vida* (pp. 15-34). Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia. Unibiblos.
- Bottorff, J. L. (2003). El uso de las grabaciones de video en la investigación cualitativa. En J. M. Morse (Ed.), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (pp. 284-304). Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

- Brykczynski, K.A. (2007). Patricia Benner. De principiante a experta: excelencia y dominio de la práctica de enfermería clínica. En A. Marriner, & M. Raile (Eds.), *Modelos y teorías en enfermería (6a. ed.)*, (pp. 140-166). Madrid, España: Elsevier Mosby.
- Burrows, D. E. (1995). The nurse teacher's role in the promotion of reflective practice. *Nurse Education Today*, 15(5), 346-350. doi: 10.1016/S0260-6917(95)80007-7
- Burton, A. J. (2000). Reflection: Nursing's practice and education panacea? *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1009-1017.
- Cantera, J. (2005). *Diccionario Akal del Refranero latino*. Madrid, España: Akal S.A.
- Carlson, E., Wann-Hansson, C., & Pilhammar, E. (2009). Teaching during clinical practice: strategies and techniques used by preceptors in nursing education. *Nurse Education Today*, 29(5), 522-526. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2008.11.012
- Carr, W., & Kemmis, S. (1988). *Teoría crítica de la enseñanza: La investigación-acción en la formación del profesorado*. Barcelona: Martínez Roca.
- Coffey, A. (2003). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos: estrategias complementarias de investigación*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquía.
- Cohen, H. A. (1988). *La enfermera y su identidad profesional*. Barcelona: Grijalbo.
- Connelly, M., & Clandinin, J. (1995). Relatos de experiencia e investigación narrativa. En J. Larrosa, R. Arnaus, V. Ferrer, N. Pérez de Lara, M. Connelly, J. Clandinin & M. Greene (Eds.), *Déjame que te cuente: Ensayos sobre narrativa y educación (1a. ed.)*, (pp. 11-59). Barcelona: Laertes.

- Cónsul, M. (2010). Ensenyar i aprendre Infermeria amb un currículum integrat per mitja de l'aprenentatge basat en problemes. El cas de l'EUI Vall d'Hebron. (Tesis doctoral). Obtenida en <http://www.tdx.cat/handle/10803/1373>
- Contreras, J. (2006). La libertad que tenemos y la que necesitamos. Pensar de nuevo la práctica docente. En Department d'Educació i Universitats de la Generalitat de Catalunya. *Jornada de Cloenda de La Formació en Práctica Reflexiva*. Barcelona: Cosmocaixa.
- Contreras, J., & Pérez de Lara, N. (2010). La experiencia y la investigación educativa. En J. Contreras, & N. Pérez de Lara (Eds.), *Investigar la experiencia educativa* (pp. 21-86). Madrid: Morata.
- Cooper, J., & Barnett, M. (2005). Aspects of caring for dying patients which cause anxiety to first year student nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 11(8), 423-430.  
Obtenido en <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=16215518&site=ehost-live&scope=site>
- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. (2008). Principios éticos para las investigaciones médicas que involucran seres humanos. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea.  
Obtenida en: [http://www.ub.edu/recerca/Bioetica/doc/Declaracio\\_Helsinki\\_2008.pdf](http://www.ub.edu/recerca/Bioetica/doc/Declaracio_Helsinki_2008.pdf)
- Dewey, J. (1928). *Cómo pensamos*. Madrid: Ediciones de la Lectura.
- Dewey, J. (2004). *Experiencia y educación*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Diekelmann, N. (1988). Curriculum revolution: a theoretical and philosophical mandate for change. En National League for Nursing (Ed.), *Curriculum revolution: mandate for change*

(pp. 137-157). New York: Autor. Obtenido en <http://search.proquest.com/docview/78460860?accountid=15293>

Diekelmann, N. (2000). Narrative pedagogy: Heideggerian hermeneutical analyses of lived experiences of students, teachers, and clinicians. *Advances in Nursing Science*, 23(3), 53-71.

Diekelmann, N., & McGregor, A. (2003). Teacher talk: New pedagogies for nursing. Students who fail clinical courses: Keeping open a future of new possibilities. *Journal of Nursing Education*, 42(10), 433-436. Obtenido en <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2003156372&lang=es&site=ehost-live&scope=site>

Duke, S., & Appleton, J. (2000). The use of reflection in a palliative care programme: A quantitative study of the development of reflective skills over an academic year. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1557-1568.

Eisner, E. W. (1998). *El ojo ilustrado: Indagación cualitativa y mejora de la práctica educativa*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.

Erickson, F. (1989). Métodos cualitativos de investigación sobre la enseñanza. En M. C. Wittrock (Ed.), *La investigación de la enseñanza, II. métodos cualitativos y de observación (1a. ed.)*, (pp. 195-301). Barcelona: Paidós Ibérica S.A.

Esterhuizen, P., & Freshwater, D. (2008). Using critical reflection to improve practice. En D. Freshwater, B. Taylor & G. Sherwood (Eds.), *International textbook of reflective practice in nursing (1a. ed.)*, (pp. 99-117). United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.

Foucault, M. (1979). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI de España.

- Foucault, M. (2005). En Ewald F., Fontana A. and Gros F. (Eds.), *La Hermenéutica del sujeto: Curso del Collège de France (1982)*. Madrid: Akal.
- Freire, P. (1978). *La educación como práctica de la libertad* (24a. ed.). México, D.F.: Siglo XXI Editores S.A.
- Freire, P. (1997a). *A la sombra de este árbol*. Esplugues de Llobregat: El Roure.
- Freire, P. (1997b). *Pedagogía del oprimido* (14a. ed.). Madrid: Siglo XXI de España Editores S.A.
- Freire, P. (2006a). *Cartas a quien pretende enseñar* (11a. ed.). México: Siglo XXI Editores S.A.
- Freire, P. (2006b). *El grito manso* (2a. ed.). Buenos Aires: Siglo XXI Editores S.A.
- Freire, P. (2006c). *Pedagogía de la autonomía. Saberes necesarios para la práctica educativa* (11a. ed.). México: Siglo XXI Editores S.A.
- Gadamer, H. (2000). *La educación es educarse*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- Gadamer, H. (2007). *Verdad y método* (12a. ed.). Salamanca: Sígueme.
- Geertz, C. (1987). *La interpretación de las culturas*. México, D.F.: Gedisa.
- Gigerenzer, G. (2008). *Decisiones instintivas: la inteligencia del inconsciente*. Barcelona: Ariel.
- Giraldo, J. (2013). *Blog del Proyecto Ethos Buinaima*. Obtenido en <http://ethosbuinaima.blogspot.com.es/>
- Goetz, J. P., & LeCompte, M. D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.

- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. California: Sage Publications Inc.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (2001). *Etnografía: Métodos de investigación* (2a. ed.). Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- Heidegger, M. (1958). *¿Qué significa pensar?* Buenos Aires: Nova.
- Hernández, F. (2011). *Pensar la relación pedagógica en la universidad desde el encuentro entre sujetos, deseos y saberes*. Barcelona: Repositorio digital de la Universitat de Barcelona: Indaga-t - Grup d'Innovació Docent per a afavorir la Indagació. Obtenido en <http://hdl.handle.net/2445/20946>
- Hernández, J. F. (2010). *La enfermería frente al espejo: mitos y realidades* (Documento de trabajo No. 162/2010). Fundación Alternativas. Obtenido en <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/la-enfermeria-frente-al-espejo-mitos-y-realidades>
- Ironside, P., Diekelmann, N., & Hirschmann, M. (2005a). Teacher talk: New pedagogies for nursing. learning the practices of knowing and connecting: The voices of students. *Journal of Nursing Education*, 44(4), 153-155. Obtenido en <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2005094439&site=ehost-live&scope=site>
- Ironside, P., Diekelmann, N., & Hirschmann, M. (2005b). Teacher talk: New pedagogies for nursing. students' voices: Listening to their experiences in practice education. *Journal of Nursing Education*, 44(2), 49-52. Obtenido en <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2005114969&site=ehost-live&scope=site>

- Johns, C. (2005). Expanding the gates of perception. En C. Johns, & D. Freshwater (Eds.), *Transforming nursing through reflective practice (2a. ed.)*, (pp. 1-12). United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.
- Kosowski, M. M. (1995). Clinical Learning Experiences and Professional Nurse Caring: A Critical Phenomenological Study of Female Baccalaureate Nursing Students. *Journal of Nursing Education*, 34(5), 235-242. Obtenida en <http://search.proquest.com/docview/1026710313?accountid=15293>
- Lanz, C. (2012). El cuidado de sí y del otro en lo educativo. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 17(56), 39-46.
- Larrosa, J. (2010). Herido de realidad y en busca de realidad. notas sobre los lenguajes de la experiencia. En J. Contreras, & N. Pérez de Lara (Eds.), *Investigar la experiencia educativa* (pp. 87-116). Madrid: Morata.
- Ley de Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), BOE núm. 298 & 23750 (1999)
- Latorre, M. A., Rincón, D., & Arnal, J. (2003). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona: Experiencia.
- Lincoln, Y. S. (1990). Toward a categorical imperative for qualitative research. En E. W. Eisner, & A. Peshkin (Eds.), *Qualitative inquiry in education: The continuing debate* (pp. 277-295). New York etc.: Teachers College Press.
- Malinowski, B. (1993). Introducción: Objeto, método y finalidad de esta investigación. En H. M. Velasco, F. J. García & Á. Díaz de Rada (Eds.), *Lecturas de antropología para educadores:*

*el ámbito de la antropología de la educación y de la etnografía escolar* (pp. 21-42). Madrid: Trotta.

Mallory, J. L., & Allen, C. L. (2006). Care of the dying: a positive nursing student experience.

*Medsurg Nursing: Official Journal of The Academy of Medical-Surgical Nurses*, 15(4), 217-222. Obtenido en

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=16999183&site=ehost-live&scope=site>

Maturana, H. (1995). *La realidad: ¿objetiva o construida?* Barcelona: Anthropos.

Medina, J. L. (1996). *La pedagogía del cuidado: Racionalidad, tradición y poder en el currículum de enfermería: Un estudio interpretativo*. (Tesis doctoral no publicada).

Universitat de Barcelona, Barcelona. (0555-28860|9ES-BaUB035)

Medina, J. L. (1999). *La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería* (1a. ed.). Barcelona: Laertes S.A.

Medina, J. L. (2003). Pedagogía del duelo, la pérdida y la separación. En M. C. Molina, & M. Fortuny i Gras (Eds.), *Experiencias educativas para la promoción de la salud y la prevención* (pp. 103-111). Barcelona: Laertes.

Medina, J. L. (2005a). *Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermería* (1a. ed.). Barcelona: Publicacions i Edicions. Universidad de Barcelona.

Medina, J. L. (2005b). En torno a la noción de reflexión. *Àgora d'Infermeria*, 9(1), 730-735.

Medina, J.L., Jarauta, B., & Imbernón, F. (2006) *La enseñanza reflexiva en la educación superior*. Barcelona: Octaedro. ICE Universitat de Barcelona.



- Medina, J. L., Cruz, L., & M. González (2008). Objetividad y Subjetividad en la investigación educativa. En Sancho, J. M., Oliver, M. C., & Departament de Didàctica i Organització Educativa (Eds.), *III Jornada de Recerca del Departament de Didàctica i Organització Educativa* (pp. 4-14). Barcelona: Repositorio digital de la Universitat de Barcelona. Obtenido en <http://hdl.handle.net/2445/5421>
- Medina, J. L., & do Prado, M. L. (2009). El curriculum de enfermería como prototipo de *Tejné*: Racionalidad instrumental y tecnológica. *Texto Contexto Enfermagem*, 18(4), 617-626.
- Molinier, P. (2008). Trabajo y compasión en el mundo hospitalario. Una aproximación a través de la psicodinámica del trabajo. *Cuadernos De Relaciones Laborales*, 26(2), 121-138. Obtenido en <http://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/CRLA0808220121A>
- Moncada, E., & Prieto, O. (2012). Logros, dificultades y retos en el desarrollo de la formación universitaria en Colombia. *Teoría y Praxis Investigativa*, 7(1), 57-62.
- Morey, M. (2007). *Pequeñas doctrinas de la soledad*. Mexico: Sexto piso. Colección Noesis.
- Morin, E. (2001). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- Mortari, L. (2002). Pensar haciendo. En Diotima (Grupo de investigación), & A. Eccelli (Eds.), *El perfume de la maestra: En los laboratorios de la vida cotidiana* (1a. ed.), (pp. 153-181). Barcelona: Icaria Antrazyt.
- Múnera, L. (2006). *La tragedia de lo público y lo privado*. Manuscrito no publicado.
- Múnera, L. (2007a). ¿Hacia dónde va la universidad pública? Tendencias globales en política pública para la educación superior. En Planeta Paz (Ed.), *Debate sobre la educación*

- superior. Mesa de trabajo en Educación superior*, (pp. 103-114). Bogotá, Colombia: Ediciones Antropos.
- Múnera, L. (2007b). La universidad en el siglo XXI (Tres fragmentos). En Planeta Paz (Ed.), *Debates sobre la educación superior. Mesa de trabajo en Educación superior*, (pp. 9-21). Bogotá, Colombia: Ediciones Antropos.
- Noddings, N. (1996). Stories and affect in teacher education. *Cambridge Journal of Education*, 26(3), 435-447.
- Noddings, N. (2009). *La educación moral. Propuesta alternativa para la educación del carácter* (1a. ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, de Requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. BOE núm. 174 & 12388 (2008).
- Osorio, F. (1999). El Científico Social entre la Actitud Natural y la Actitud Fenomenológica. *Cinta de Moebio Revista Electrónica de Epistemología de Ciencias Sociales*, (5), 119-128. Obtenido en <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/CDM/article/viewFile/26448/27741>
- Paley, V. G. (2006). *El niño que quería ser un helicóptero: El empleo de la narración de historias en el aula*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Paterson, J. G., & Zderad, L. T. (1979). *Enfermería humanística*. México, D.F.: Limusa.
- Peña, B. (2006). El «Ethos» del Cuidado de la Vida. En L. Muñoz de Rodríguez, A. L. López Díaz & O. J. Gómez (Eds.), *Cátedra Manuel Ancízar: El Cuidado de la Vida* (pp. 35-50). Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia. Unibiblos.

- Purnell, M. J. (2007). Anne Boykin y Savina O. Schoenhofer: La enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica. En A. Marriner, & M. Raile (Eds.), *Modelos y teorías en Enfermería (6a. ed.)*, (pp. 404-427). Madrid: Elsevier España, S.A.
- Ricoeur, P. (2001). *Del texto a la acción: ensayos de hermenéutica II*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- Riera i Alibés, R. (2011). *La conexión emocional :formación y transformación de la forma que tenemos de reaccionar emocionalmente*. Barcelona: Octaedro.
- Rivera, L. N. (2008). El cuidado de la persona que vive una enfermedad cardiovascular que genera sentimientos de pérdida, amenaza o temor de muerte. *Revista Avances en Enfermería*, 26(1), 124-133.
- Rivera, L. N., & Triana, A. (2007). Cuidado humanizado de enfermería: Visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country. *Revista Actualizaciones en Enfermería*, 10(4), 15-21.
- Roberts, D. (2008). Learning in clinical practice: the importance of peers. *Nursing standard*, 23(12), 35-41. Obtenido en <http://search.proquest.com/docview/69910548?accountid=15293>
- Rodríguez, M. (2012). *El arte del cuidado: Un legado reflexivo de saber*. (Tesis doctoral no publicada). Universidad Europea de Madrid, Madrid.
- Ruiz, J. I., & Ispizua, M. A. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana: Métodos de investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto. Departamento de Publicaciones.
- Ryle, G. (1967). *El concepto de lo mental*. Buenos Aires: Paidós.

- Sáez, J. (2006). *El Arte: conversaciones imaginarias con mi madre*. Barcelona: Random House Mondadori.
- Sandín, M. P. (2003). *Investigación cualitativa en educación: Fundamentos y tradiciones*. Madrid etc.: McGraw-Hill.
- Sanford, J., Townsend-Rocchiccioli, J., Quiett, K., & Trimm, D. (2011). "I see my Mother's face": Student nurse experiences caring for cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(1), 46-52. doi:10.1016/j.ejon.2010.05.010
- Santos, J. J., Sanson, I., & Ribeiro, M. (2006). Processo clinical caritas: Novos rumos para o cuidado de enfermagem transpessoal. *Acta Paulista De Enfermagem*, 19(3), 332-337.
- Scanlan, J. M., Care, W. D., & Udod, S. (2002). Unravelling the unknowns of reflection in classroom teaching. *Journal of Advanced Nursing*, 38(2), 136-143.
- Scanlan, J. M., & Chernomas, W. M. (1997). Developing the reflective teacher. *Journal of Advanced Nursing*, 25(6), 1138-1143. doi:10.1046/j.1365-2648.1997.19970251138.x
- Schön, D. A. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. hacia un nuevo diseño de la formación y el aprendizaje en las profesiones*. Madrid: Paidós Ibérica S.A.
- Schön, D. A. (1998). *El profesional reflexivo :Cómo piensan los profesionales cuando actúan*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- Schwandt, T. A. (1994). Constructivist, interpretivist approaches to Human Inquiry. En N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 118-137). California: Sage Publication, Inc.

- Sennett, R. (2003). *El respeto: Sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad*. Barcelona: Anagrama.
- Skliar, C. (2011). *Lo dicho, lo escrito, lo ignorado. Ensayos mínimos entre educación, filosofía y literatura*. Madrid: Miño y Dávila.
- Skliar, C. (2010). La experiencia de la conversación, de la mirada y de la investigación educativa. Una desnaturalización de la incongruencia. En J. Contreras, & N. Pérez de Lara (Eds.), *Investigar la experiencia educativa* (pp. 136-174). Madrid: Morata.
- Solvoll, B., & Heggen, K. M. (2010). Teaching and learning care. Exploring nursing students' clinical practice. *Nurse Education Today*, 30(1), 73-77. doi:10.1016/j.nedt.2009.06.003
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Taylor, B. (2001). Identifying and transforming dysfunctional nurse-nurse relationships through reflective practice and action research. *International Journal of Nursing Practice*, 7(6), 406-413.
- Taylor, B. (2004). Technical, practical, and emancipatory reflection for practicing holistically. *Journal of Holistic Nursing*, 22(1), 73-84. doi:10.1177/0898010104263229
- Taylor, B. (2008). Reflexivity: Using reflection as an approach to research. En D. Freshwater, B. Taylor, G. Sherwood & Sigma Theta Tau International (Eds.), *International textbook of reflective practice in nursing (1a. ed.)*, (pp. 21-51). United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.

- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2007). *Modelos y teorías en enfermería* (6a. ed.). Madrid, España: Elsevier Science.
- Torralba, F. (1998). *Antropología del cuidar*. Madrid: Institut Borja de Bioètica. Fundació Mapfre Medicina.
- Torres, A. (2007). *La educación popular. Trayectoria y actualidad* (1a. ed.). Bogotá D.C.: El Búho.
- Tseng, H., Wang, H., & Weng, W. (2013). Nursing students' perceptions toward the nursing profession from clinical practicum in a baccalaureate nursing program. A qualitative study. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 29(3), 161-168. doi:10.1016/j.kjms.2012.08.027
- Valles, M. S. (2002). *Entrevistas cualitativas*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Van Manen, M. (1998). *El Tacto en la enseñanza: el significado de la sensibilidad pedagógica*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- Van Manen, M. (2003). *Investigación educativa y experiencia vivida: Ciencia humana para una pedagogía de la acción y la sensibilidad*. Barcelona: Idea Books.
- Van Manen, M. (2004). *El tono en la enseñanza: El lenguaje de la pedagogía*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- Vázquez, V. (2009). *La educación y la ética del cuidado en el pensamiento de Nel Noddings*. (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, Servei de publicacions, Valencia. Obtenida en

<http://www.tdx.cat/handle/10803/10307;jsessionid=9AA62F374A7EC260A5A01096E34AF460.tdx2>

Vázquez, V., & Escámez, J. (2010). La profesión docente y la ética del cuidado. *Revista Electrónica de Investigación Educativa, Número especial 2*, 1-18. Obtenido en <http://redie.uabc.mx/contenido/NumEsp2/contenidoverdera.html>

Ventura, M. (2010). Investigar desde la escritura autobiográfica a través de los relatos de experiencia. En J. Contreras, & N. Pérez de Lara (Eds.), *Investigar la experiencia educativa* (pp. 225-240). Madrid: Morata.

Watson, J. (2005). A meta-reflection on reflective practice and where it leads. En C. Johns, & D. Freshwater (Eds.), *Transforming nursing through reflective practice (2a. ed.)*, (pp. vi-x). United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.

Wild, R. (2003). *Calidad de vida: Educación y respeto por el crecimiento interior de niños y adolescentes*. Barcelona: Herder.

Woods, P. (1987). *La escuela por dentro: La etnografía en la investigación educativa*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.