



# Práctica pedagógica de los formadores expertos en la formación clínica de estudiantes de enfermería

Silvana Castillo Parra



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement 3.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento 3.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution 3.0. Spain License.**



UNIVERSITAT DE BARCELONA



# Práctica pedagógica de profesores/as expertos/as en la formación clínica de estudiantes de enfermería



**SILVANA CASTILLO PARRA**

**TESIS DOCTORAL**

**DIRECTOR DE TESIS: DR. JOSÉ LUIS MEDINA MOYA**

**DOCTORADO: EDUCACIÓN Y SOCIEDAD  
FACULTAD DE PEDAGOGÍA  
UNIVERSIDAD DE BARCELONA**

**2014**

## **AGRADECIMIENTOS**

A las profesoras y estudiantes de las Escuelas de Enfermería de Vall d'Hebròn y Sant Pau y Santa Creu, por permitirme indagar en sus espacios formativos, y experiencias de aprendizaje. Particularmente a las tres profesoras expertas de este estudio, por compartir importantes espacios de su vida, permitiéndome aprender reflexivamente de sus prácticas docentes y cuidativas.

A los profesores, profesoras, compañeras y compañeros de doctorado, por compartir sus saberes y permitirme redescubrir la educación y la enfermería.

A mi maestro, profesor José Luis Medina, por ser modelo como formador de excelencia, por disponerse generosamente, con rigor y afecto, a compartir sus reflexiones, conocimiento y experiencia, apoyándome en los momentos más complejos.

A las autoridades de la Facultad de Medicina Universidad de Chile y de la Escuela de Enfermería, quienes me apoyaron para la realización del Doctorado y facilitaron el desarrollo de esta tesis. En particular a los directores del Proyecto MECESUP UCH0003 por el apoyo con la beca para la realización del Doctorado.

A mis colegas de la Escuela de Enfermería, el Departamento de Educación en Ciencias de la Salud y el equipo de Formación General de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile, por reemplazarme cuando fue necesario y confiar en mi trabajo. En especial a Mónica Espinoza por su permanente y sincera valoración y amistad.

A mis estudiantes de enfermería de la Universidad de Chile, por su reconocimiento, preocupación, palabras de ánimo y por desafiarme cada día a ser una mejor formadora.

A mi madre, por su incondicional entrega, apoyo y confianza en cada desafío que he asumido, por cuidarme en el más profundo sentido de esta palabra.

A mis hijos Gabriel y Vicente, por inspirarme cada día a ser un reflejo en sus vidas, y a una búsqueda incansable por educarlos y cuidarlos íntegramente.

A mi esposo Francisco, por el camino de experiencias, reflexiones y aprendizajes que juntos hemos recorrido y por reemplazarme cuando no pude estar.

A mi padre, hermanos, familia, amigos y amigas, por animarme en cada encuentro y comprender mis ausencias. Especialmente a quienes están más lejos.

A quienes generosamente colaboraron con la revisión, traducciones y cierre de esta tesis: Marcela Cerda, Sergio Bugueño, Pablo Rupin, Rodrigo Prieto y Guido Fuentealba.

## INDICE

AGRADECIMIENTOS .....	2
RESUMEN .....	8
INTRODUCCIÓN .....	10
1. CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES QUE DAN ORIGEN A ESTE ESTUDIO.....	14
1.1. CONTEXTO PROFESIONAL:.....	14
1.2 EL FENÓMENO A ESTUDIAR Y LOS PROPÓSITOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	20
2. CAPÍTULO 2. LA UNIVERSIDAD COMO ESPACIO PARA LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.....	23
2.1. BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA UNIVERSIDAD.....	23
2.2. CAMBIOS SOCIALES QUE DEMANDAN UN NUEVO ENFOQUE .....	25
2.3. EL VÍNCULO ENTRE PRODUCCIÓN, EMPLEABILIDAD Y UNIVERSIDAD.....	28
2.4. EL ACERCAMIENTO DE LA ENFERMERÍA A LA UNIVERSIDAD.....	31
2.4.1. Desde el cuidado intuitivo a las primeras Escuelas de Enfermería .....	31
2.4.2. La incorporación de la enfermería a la universidad .....	33
3. CAPÍTULO 3: TENDENCIAS CURRICULARES INFLUYENTES EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA .....	40
3.1. CONCEPCIONES CURRICULARES Y SU RELACIÓN CON LA ENSEÑANZA DE LA ENFERMERÍA.....	40
3.1.1. Definiciones conceptuales .....	40
3.1.2. La influencia del modelo Tyleriano en la formación de enfermeras .....	44
3.1.3. Naturaleza práctica del currículum .....	45
3.1.4. El currículum desde la Pedagogía Crítica .....	50
3.2. EL PROCESO BOLONIA Y LA FORMACIÓN DE ENFERMERAS/OS .....	52
3.2.1. El Proceso Bolonia y el Proyecto Tuning .....	52
3.2.2. Sobre la noción de competencias del Proyecto Tuning en la formación enfermera..	54
3.2.3. Críticas al modelo de formación por competencias .....	57
4. CAPÍTULO 4: LA PRÁCTICA REFLEXIVA COMO APROXIMACIÓN METODOLÓGICA PARA LA FORMACIÓN DE ENFERMERAS/OS .....	62
4.1. SOBRE LA NOCIÓN DE REFLEXIVIDAD.....	62
4.2. ANÁLISIS CONCEPTUAL DE LA REFLEXIÓN .....	66
4.3. EL PROCESO DE REFLEXIÓN .....	68

4.4.	APLICACIÓN DEL CONCEPTO EN LA PRÁCTICA EDUCATIVA-ENFERMERA.....	72
4.5.	EL PRÁCTICUM REFLEXIVO.....	74
4.6.	ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS QUE PROMUEVEN EL PENSAMIENTO REFLEXIVO.....	77
4.6.1.	Predominantemente escritas:.....	78
4.6.2.	Utilización de otros medios de registro además del escrito.....	79
4.7.	EVIDENCIAS DE LA PRÁCTICA REFLEXIVA.....	80
4.8.	ASPECTOS CRÍTICOS DE LA PRÁCTICA REFLEXIVA.....	84
4.8.1.	Relacionados con el proceso reflexivo.....	84
4.8.2.	Relacionados con los actores de la práctica reflexiva.....	84
4.8.3.	Relacionados con el contexto.....	85
4.8.4.	Relacionados con los resultados.....	85
5.	CAPÍTULO 5: SOBRE LA NOCIÓN DE FORMADORES EXPERTOS.....	87
5.1.	LA EVOLUCIÓN DE PRINCIPIANTE A EXPERTO.....	88
5.1.1.	La evolución de principiante a experto según Dreyfus y Dreyfus.....	88
5.1.2.	Los aportes de Guy Le Boterf respecto a los niveles de profesionalismo.....	91
5.1.3.	La concepción de Donald Schön acerca del desarrollo de la pericia profesional.....	94
5.1.4.	El conocimiento experto en la práctica enfermera: la aportación de Patricia Benner.....	95
5.2.	LOS MEJORES FORMADORES EN OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES.....	97
5.3.	CONCEPCIÓN Y DESEMPEÑO DE LOS PROFESORES EXPERTOS.....	98
5.4.	EL FORMADOR EXPERTO Y SU DOMINIO DISCIPLINAR.....	99
5.4.1.	El Conocimiento Didáctico del Contenido: la aportación de Lee Shulman.....	100
5.5.	EL FORMADOR EXPERTO FRENTE A LOS PROBLEMAS DE LA PRÁCTICA.....	104
5.6.	EL FORMADOR EXPERTO Y SU RELACIÓN CON LOS ESTUDIANTES.....	106
5.7.	EL EXPERTO COMO ENSEÑANTE EN EL AULA.....	107
5.7.1.	El inicio y desarrollo de las clases.....	107
5.7.2.	¿Cómo enseñan los contenidos los mejores formadores?.....	108
5.7.3.	La realización de preguntas como estrategia clave del aprendizaje.....	111
5.8.	EL PROFESOR EXPERTO Y LA EVALUACIÓN.....	112
5.9.	LAS HABILIDADES COMUNICACIONALES DEL BUEN PROFESOR.....	114
6.	CAPÍTULO 6: LA RELEVANCIA DE LA TUTORÍA EN LA FORMACIÓN ENFERMERA.....	117
6.1.	LA TUTORÍA EN LA UNIVERSIDAD.....	117
6.2.	DEFINICIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL TUTOR UNIVERSITARIO.....	118

6.3.	EL ROL DEL TUTOR EN LA FORMACIÓN PRÁCTICA .....	121
6.3.1	El diálogo reflexivo entre tutor y estudiante .....	122
6.4.	LA ACCIÓN TUTORIAL EN LA FORMACIÓN PRÁCTICA DE ENFERMERÍA .....	124
7.	CAPÍTULO 7: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	129
7.1.	SUPUESTOS ONTOEPISTÉMICOS QUE SOSTIENEN EL ESTUDIO .....	129
7.2.	OPCIÓN POR LA TRADICIÓN FENOMENOLÓGICO-HERMENÉUTICA .....	132
7.3.	TIPO DE ESTUDIO: ESTUDIO DE CASO .....	135
7.4	SELECCIÓN DE SUJETOS PARTICIPANTES .....	137
7.5	ESTRATEGIAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN .....	140
7.6	ANÁLISIS DE DATOS .....	142
8.	CAPÍTULO 8: EL TRABAJO DE CAMPO.....	144
8.1.	ELECCIÓN DE CENTROS PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN Y ACCESO AL CAMPO .....	144
8.2	IDENTIFICACIÓN DE LOS MEJORES FORMADORES.....	144
8.3	RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN CON LAS DOCENTES ESCOGIDAS COMO MEJORES FORMADORAS .....	148
8.3.1	Observaciones participantes .....	149
8.3.2	Diario del profesor.....	150
8.3.3	Entrevistas en profundidad.....	151
8.3.4	Entrevistas emergentes .....	151
8.3.5	Grupos focales de estudiantes .....	151
8.3.6	El diario del investigador.....	152
8.4	CRITERIOS PARA EL RIGOR DEL PROCESO.....	155
8.4.1	Credibilidad .....	156
8.4.2	Transferibilidad.....	157
8.4.3	Dependencia .....	158
8.4.4	Confirmabilidad .....	159
8.5	CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	160
8.5.1	Consentimiento informado.....	160
8.5.2	Confidencialidad.....	160
8.6	EL PROCESO DE ANÁLISIS DE DATOS .....	161
8.6.1	Primer nivel de análisis: Segmentación y codificación de unidades de significado ..	161

8.6.2	Segundo nivel de análisis: Definición de metacategorías.....	171
8.6.3	Tercer nivel de análisis: Núcleos temáticos emergentes.....	176
9.	CAPÍTULO 9: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	183
9.1	RELACIÓN TUTORA ESTUDIANTE EN LA FORMACIÓN DE ENFERMERÍA.....	186
9.1.1	Las actitudes que los estudiantes realmente valoran .....	186
9.1.2	El interés genuino de la buena formadora por su estudiante.....	188
9.1.3	El vínculo establecido entre tutora y estudiante durante las prácticas clínicas: <i>la confianza formativa</i> .....	192
9.1.4	La complicidad como factor protector del aprendizaje.....	194
9.1.5	Los aspectos que más influyen en el aprendizaje .....	196
9.1.5.1	Buena disposición.....	196
9.1.5.2	La valoración positiva .....	198
9.1.5.3	Describir y demostrar .....	200
9.2	PRÁCTICA PEDAGÓGICA DE LA FORMADORA CLÍNICA EXPERTA.....	203
9.2.1	Dar la voz al estudiante.....	203
9.2.2	El uso del error como una oportunidad para aprender.....	209
9.2.3	Las estrategias utilizadas particularmente en el aula.....	217
9.2.3.1	Optimización de los recursos existentes en aula .....	221
9.3	CUIDADO DEL ESTUDIANTE Y CUIDADO DE ENFERMERÍA.....	227
9.3.1	Respecto a la vocación de cuidar .....	227
9.3.2	El efecto espejo de las experiencias significativas en el ejercicio de los cuidados....	233
9.3.3	La necesaria distancia cuidativa .....	235
9.3.4	La escasa valoración social de enfermería.....	238
9.3.5	Los desafíos profesionales como tarea pendiente de formadoras y estudiantes....	242
9.3.6	El significado de ser formadora .....	245
9.4	LOS PROCESOS FORMATIVOS PEDAGÓGICOS Y PROFESIONALES .....	250
9.4.1	La influencia de los referentes formadores en el desempeño de las profesoras expertas	250
9.4.2	La preparación de las profesoras expertas para cumplir su rol formador.....	253
9.4.3	El uso y valoración del conocimiento práctico en la formación profesional .....	255
9.5	DISCURSO Y REALIDAD SOBRE LA INTERACCIÓN ENFERMERA PACIENTE.....	265
9.5.1	El vínculo enfermera paciente que establece la formadora .....	265

9.5.2	La relación de la enfermera con el equipo de salud.....	271
9.6	CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES .....	275
9.7	REFLEXIONES FINALES .....	285
	Referencias bibliográficas: .....	289

#### TABLA DE ANEXOS:

Anexo 1: Descripción proyecto para autorización entrada al campo

Anexo 2: Encuesta estudiantes

Anexo 3: Encuesta profesores

Anexo 4: Matriz vaciado: Identificación mejores formadores

Anexo 5: Entrevista breve enfermeras responsables servicios

Anexo 6: Consentimiento informado

Anexo 7: Formato observaciones de campo

Anexo 8: Pauta elaboración de diario

Anexo 9: Pauta entrevistas post diario 3 profesoras

Anexo 10: Extractos diario del investigador



## RESUMEN

El objetivo de este estudio es comprender las prácticas pedagógicas de las profesoras expertas<sup>1</sup> de la formación clínica de estudiantes de enfermería, y el significado que le otorgan a dichas prácticas, mediante una aproximación fenomenológica hermenéutica, desarrollada específicamente como estudio de caso. Para identificar a las mejores formadoras de enfermería para este estudio, se aplican encuestas a estudiantes de segundo y tercer año de la Diplomatura en enfermería<sup>2</sup> de las Escuelas Universitarias de Enfermería de Vall d'Hebron y Sant Pau y Santa Creu, además de consultar a las docentes vinculadas a las asignaturas que contemplaban prácticas clínicas y a las jefaturas directas de los servicios clínicos donde se desempeñaban las candidatas a formadoras expertas. Se definen 3 profesoras que son caracterizadas para lograr mayor contextualización del estudio.

Se recolecta información directamente con las profesoras seleccionadas mediante un diario del profesor, entrevistas en profundidad, observaciones de actividades de aula, y observaciones directas de tutoría clínica, las cuales daban origen a entrevistas emergentes. Por su parte, se recoge información respecto a las acciones pedagógicas favorecedoras de los aprendizajes, a los estudiantes<sup>3</sup> que participaron de actividades formadoras con las docentes de nuestro estudio, a través de entrevistas y grupos focales. Por último, se realiza la escritura de un diario del investigador, el cual constituye un metarelato respecto a mi forma de percibir la realidad educativa investigada. Se aplican los criterios de rigor metodológico, propuestos por Guba (1983), y se lleva a cabo un proceso de análisis con tres niveles, realizando una reducción de datos desde la extracción de unidades de significado, categorización de las mismas, agrupamiento en metacategorías y establecimiento de núcleos temáticos emergentes. Mediante todo el proceso de investigación se utiliza el sistema de identificadores

---

<sup>1</sup> Durante el desarrollo de este trabajo me referiré mayoritariamente a profesoras expertas, por una parte, considerando que la gran mayoría de formadoras de enfermería son mujeres, y por otra parte, porque las 3 docentes expertas que participan de este estudio son de sexo femenino.

<sup>2</sup> Al momento de realizar el diseño y trabajo de campo de la presente investigación, la titulación de enfermería en España tenía una duración de 3 años, correspondiente a la Diplomatura de Enfermería.

<sup>3</sup> Me referiré en este estudio, indistintamente a las estudiantes o los estudiantes. Para ambos casos, se incluyen estudiantes de sexo masculino y femenino.

establecido, con el objeto de asegurar la confidencialidad de la información aportada por los participantes.

Los principales resultados giran en torno a los cinco núcleos temáticos, a saber: Relación tutora estudiante en la formación de enfermería, práctica pedagógica de la formadora clínica experta, cuidado del estudiante y cuidado de enfermería, proceso formativo pedagógico profesional, y por último discurso y realidad sobre la relación enfermera-paciente.

## INTRODUCCIÓN

El conocimiento sobre los profesores expertos es un área que cada vez ha generado mayor interés en la formación del profesorado, como manera de aportar a la mejora de los procesos educativos de las personas, lo cual ha significado el desarrollo de una variedad de trabajos en distintos niveles de formación (Bain, 2006; Cabalín, 2010; López de Maturana, 2010). En concreto el docente espera conocer modelos de buenas prácticas pedagógicas a seguir, lo cual sin duda constituye miradas bastante reducidas al complejo proceso de construirse y reconstruirse como formador experto.

Por su parte, es reconocido que la sociedad actual presenta una población con expectativas de vida cada vez mayores, con aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, y la consecuente existencia de personas con procesos de salud enfermedad cada vez más complejos. En tal contexto, los profesionales de enfermería se enfrentan a los más diversos ámbitos de desempeño, lo cual ha significado en muchos países la necesidad de un mayor número de profesionales preparados para dar respuesta a las necesidades de cuidado de la salud de las personas y comunidades.

Ahora bien, en el ámbito de la formación de profesionales de enfermería, es sabido que la formación práctica es altamente significativa para los estudiantes, y particularmente la relación establecida con sus tutores (Bardallo, 2010). La práctica clínica se constituye en espacios de formación dinámica que le permiten al futuro profesional enfrentarse a situaciones reales cada vez más complejas (Cónsul, 2010).

Con los antecedentes antes expuestos, parece sensato pensar que la búsqueda por indagar y comprender cómo son las prácticas pedagógicas de los mejores formadores de enfermería, como facilitadores de los aprendizajes, pueden dar luces o brindar un conocimiento que pueda ser de utilidad para potenciar la formación de docentes que participen en la formación de profesionales de enfermería, preparados para un desempeño autónomo y pertinente a las demandas sociales vinculadas al cuidado de la salud.

Teniendo claridad en que las prácticas docentes virtuosas de enfermería no implican de manera lineal buenos resultados en los futuros profesionales, se hace profundamente necesario comprender estos procesos formativos en su complejidad, indagando por qué ciertos formadores de enfermería llegan a ser realmente buenos en su rol docente, qué

vínculos existen en el significado que le otorgan al cuidado y al rol profesional, además de aproximarse a las mismas prácticas docentes, con el objeto de comprenderlas, reflexionarlas y transferirlas de manera contextualizada a las experiencias de los formadores de enfermería. Todos los aspectos antes mencionados confluyen en el presente proceso investigativo, concretándolo en la tesis "*Práctica pedagógica de profesores/as expertos/as en la formación clínica de estudiantes de enfermería*", la cual será abordada desde la tradición fenomenológica hermenéutica, adquiriendo absoluto sentido si le otorgamos especial relevancia a las características del contexto, y a la indagación y comprensión comportamientos, más que conductas, es decir, acciones con sentido, intensión, motivación, significado (Medina, 2005; Carr & Kemmis, 1988).

El presente documento expone una *primera parte* con los antecedentes que dan origen al estudio, incluyendo una contextualización de mi historia profesional y el vínculo con el fenómeno a investigar, además de presentar las interrogantes que orientan el desarrollo de la tesis, los propósitos y objetivos planteados.

La *segunda parte* de este trabajo, corresponde al marco teórico que incluye cinco capítulos, el primero de ellos relacionado con el sentido de la Universidad desde sus orígenes hasta la actualidad, destacando el proceso de vinculación a la misma de la formación de profesionales de enfermería; posteriormente se presenta un capítulo con las principales tendencias curriculares universitarias, especialmente respecto a los planes de formación de enfermería, la fuerte influencia del modelo Tyleriano y la hegemónica normalización del currículum bajo las lógicas de la racionalidad técnica, en contraste con la naturaleza práctica del currículum y más aún, con la perspectiva curricular desde la pedagogía crítica, la cual se presenta como una oportunidad de transformación social, particularmente en lo referido a la mejora de los cuidados de las personas. El tercer capítulo aborda las dimensiones y alcances que ha tenido el concepto de reflexividad especialmente en la formación profesional de enfermeras y enfermeros, teniendo en consideración las posibilidades que brinda para la formación práctica de enfermeras. El capítulo cuatro indaga con enfoques multidimensionales la noción de formador experto, sus desempeños y saberes, destacando las aportaciones al conocimiento sobre la evolución de principiante a experto de diversos autores, y profundizando respecto a las características y prácticas de los profesores expertos en distintos niveles formativos, especialmente en la formación de profesionales. El quinto

capítulo aborda la tutoría universitaria, destacando elementos relevantes para comprender la tutoría clínica en la formación de enfermeras y enfermeros, como favorecedora de los procesos de aprendizaje de los estudiantes como futuros profesionales del cuidado.

La *tercera parte* de este documento, contiene dos capítulos, el primero de los cuales describe las justificaciones relacionadas con la opción de realizar un estudio desde una tradición fenomenológica, específicamente como estudio de caso, además de las decisiones metodológicas y estrategias utilizadas en el desarrollo de esta investigación, con una permanente búsqueda de coherencia ontoepistémica y metodológica de la misma. El siguiente capítulo describe con detalle el trabajo de campo llevado a cabo, desde el ingreso a cada uno de los espacios del campo, la definición de las profesoras expertas con las que se trabajó, la recogida de información, los criterios de rigor, las consideraciones éticas y el proceso de análisis de datos.

La *cuarta parte* muestra los resultados obtenidos a través del proceso de análisis de datos, presentando las evidencias encontradas, conjuntamente al proceso de interpretación y vinculación con referentes teóricos y empíricos. Estos resultados se estructuran en cinco núcleos temáticos que dan respuesta a las interrogantes establecidas al inicio de este estudio. Por último se presentan las conclusiones del estudio, además de las reflexiones finales que reflejan los principales aprendizajes derivados del desarrollo de esta tesis, abriendo nuevas interrogantes, y por tanto, nuevas posibilidades de profundización del conocimiento relacionado, mediante procesos de investigación.

# Parte I

## Presentación del estudio y antecedentes contextuales



## **1. CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES QUE DAN ORIGEN A ESTE ESTUDIO.**

### **1.1. CONTEXTO PROFESIONAL:**

Todo problema de investigación, toda propuesta de estudio, todo proceso de indagación está inextricablemente unido a la experiencia y conocimientos de la persona investigadora. Para comprender adecuadamente el sentido de este trabajo de indagación se hace necesario por tanto, dejar plasmados algunos elementos relevantes en mi trayectoria como estudiante, docente y profesional de enfermería, que me constituyen en parte como persona, y sobre los que se han ido construyendo mis concepciones respecto al cuidado, la formación profesional y las relaciones entre los sujetos.

Mis cinco años de formación como Licenciada en Enfermería estuvieron insertos dentro de un modelo de educación donde mayoritariamente el profesor era considerado el experto y el alumno un pasivo receptor de conocimiento. En este sistema eran hegemónicas las relaciones verticales entre docentes y alumnos, las transmisiones de conocimiento unidireccionales y lineales, con escasos espacios a la intervención del alumnado. En tal contexto, parecía lógico que nuestra formación fuese muy apegada a lo normativo y nuestras prácticas buscaran aplicar conocimiento, más que reconstruirlo. No obstante, en tal escenario también existieron profesoras que abrían espacios al diálogo para detectar, comprender y retroalimentar las necesidades de aprendizaje de sus estudiantes, valorando cada contexto y sujeto en particular. Estas profesoras coincidentemente eran, desde mi perspectiva, grandes enfermeras. Nos animaban y motivaban a vincularnos con los pacientes en aspectos que iban más allá de la patología, adentrándonos en su valoración como sujetos desde una perspectiva multidimensional, y haciéndonos sentir además altamente significativos para los pacientes en lo relativo al desempeño de los cuidados de enfermería. En consecuencia, estas formadoras se constituyeron en referentes importantes para mi desempeño profesional como enfermera.

Posteriormente, durante los años de experiencia como enfermera clínica de un hospital infantil, mis referentes de acción eran fundamentalmente los conceptos teóricos y el recuerdo del desempeño de aquellas profesoras que más me habían influido. En tal

escenario, variaba entre un desempeño más bien estructurado, normado o rutinario, y la búsqueda de un cuidado que para mí implicaba relaciones entre sujetos, donde me daba cuenta que por un lado, el vínculo superaba las dimensiones biológicas y se adentraba en las complejas dimensiones del ser; y por otro, que las estructuras cognitivas aprendidas en el aula no eran del todo aplicables a los contextos y conflictos que enfrentaba como profesional. Afronté como enfermera, en innumerables ocasiones, lo que Schön denomina "*las zonas indeterminadas de la práctica*" (Schön, 1992, 20). Situaciones novedosas, inciertas y complejas de resolver por los conflictos de valores que significaba la toma de decisiones: ¿cómo restringir a una madre su derecho a estar junto a su hijo por hacer cumplir las normas de visitas hospitalarias<sup>4</sup>? ¿Cómo promover cambios de rutinas arraigadas durante años por los auxiliares de enfermería<sup>5</sup>, que evidentemente no iban en beneficio de los pacientes? ¿Cómo enfrentar la muerte de un niño? ¿Cómo abordar a padres de potenciales donantes de órganos<sup>6</sup>? Me fui viendo envuelta en situaciones profesionales respecto a las cuales no tenía mayor referente que el aprendizaje experiencial de mis propias reflexiones, especialmente en diálogo con otros profesionales más experimentados, enfrentándome a la necesidad de un conocimiento profesional de naturaleza práctica (Schön 1992, Angulo 1988, Medina 1999) que solo podría construir con mi desempeño en el mundo real.

Con pocos años profesionales de experiencia comencé a recibir estudiantes de enfermería en prácticas que me desafiaban y me hacían sentir inquieta e incómoda. Sobre todo, al reconocer que en la convivencia progresiva con determinados ambientes hospitalarios se comenzaban a "normalizar" cuestiones que para el criterio común de cualquier persona no lo eran, y que a vista de los estudiantes tampoco. La coexistencia de la salud y la enfermedad, el dolor y la quietud, el temor y la esperanza, la vida y la muerte; aspectos que de tanto estar presentes a nuestro lado, dejamos de ver como profesionales y subvaloramos la importancia que cada paciente-sujeto le puede otorgar.

---

<sup>4</sup> Los hospitales públicos infantiles en Chile normalmente autorizan la permanencia de uno de sus padres solamente durante el día.

<sup>5</sup> Los auxiliares de enfermería son parte del equipo que el profesional de enfermería debe liderar, y por tanto supervisar su buen desempeño.

<sup>6</sup> El procuramiento de órganos implica una etapa donde, a través de medidas artificiales, se mantienen los órganos a donar en las mejores condiciones posibles, hasta el momento de la extracción de dichos órganos desde el cuerpo del paciente en muerte encefálica. Hasta dicho instante el profesional de enfermería otorga los cuidados necesarios al paciente y su familia.



No era extraño entre las colegas de enfermería negar los hechos que convertían en personas a sus pacientes, reemplazando al trabajador por el paciente resignado; a la historia de vida por la historia clínica; a los temores y negaciones por el paciente problema, y lo que me parecía sobre todo insoportable es que se reemplazaba el nombre, por "el apéndice", "la leucemia" "la pancreatitis"... objetos, manipulables, investigables, desechables. En tal sentido, concuerdo con Ferrer cuando plantea:

*"Los cuidados enfermeros determinan un área de atención relacionada con la persona-sujeto y no con su enfermedad-objeto, ni con su tratamiento, la situación de salud o enfermedad, su diagnóstico y tratamiento son factores que influyen en la persona, condicionan sus necesidades de cuidados y la acción enfermera, pero lo que da la especificidad a los cuidados enfermeros es que su origen, naturaleza y referente constante es la persona, su totalidad, su complejidad y el significado y la interpretación, que en ella adquieren las acciones encaminadas a su salud, bienestar y cuidado" ( 2003, 6).*

En el año 1999 ingresé como docente a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile, donde una de las primeras actividades docentes que desarrollé fue la tutoría en prácticas clínicas de los estudiantes de enfermería en hospitales de niños. Me enfrenté a los estudiantes sin ninguna formación docente, con lo cual mi actuar se convertía mayoritariamente en una repetición de los modelos docentes que yo misma había experimentado como estudiante. No obstante, esta manera de enseñar me resultaba algo incómoda por caracterizarse por una lógica de entrenamiento de competencias técnicas consideradas indispensables para una práctica mínimamente competente (Medina, 1999). En tal contexto, me inicié en cursos de formación docente, donde fui tomando conciencia de manera incipiente respecto a cómo la formación universitaria de enfermería -que tiene como uno de sus objetivos transversales la preparación de profesionales capaces de brindar cuidados integrales a las personas- muchas veces carecía de la consideración del mismo alumno como sujeto (Ferrer, 1997; Calvo, 1993), convirtiéndolo en objeto receptor de información. En el escenario antes descrito, me inquietaba la posibilidad de convertirme en un referente de acción profesional para los estudiantes durante sus prácticas clínicas, sin que mi propia práctica fuese lo suficientemente experta respecto a los cuidados de los pacientes. De alguna manera, me cuestionaba cómo sería el desempeño virtuoso de un docente de enfermería,

buscando respuestas que me brindaran soporte para la toma de decisiones en un desempeño para el cual no había sido preparada, menos aún considerando la complejidad de la realidad educativa (Morin, 2003; Ferrer, 2003).

La oportunidad de ingresar al Programa de Doctorado "Educación y Sociedad" en la Universidad de Barcelona me permitió reflexiones, tanto respecto a mis propios procesos formativos como estudiante de enfermería, como también respecto a los contextos en los cuales me desempeñaba como docente; pudiendo descubrir propuestas mucho más amplias, diversas y contrastantes sobre la ciencia, la verdad, la construcción de conocimiento, la educación, la formación de profesionales de enfermería y el ejercicio del cuidado. Más aún, la vivencia en un país extranjero abría puertas a conocer otras realidades, diversidad de pensamiento, cultural y de vida, que sin duda influirían en mi forma de pensar y concebir la educación y la enfermería.

Esta formación docente inicial permitió cuestionarme de qué forma era posible redescubrir al sujeto que estaba detrás de ese alumno que corría por cumplir con la tarea asignada sin más, o que buscaba las respuestas a sus preguntas en la voz experta de sus formadoras, otorgándoles una posición de experto infalible (Imbernón, 2003).

Los cuestionamientos realizados y compartidos durante mi proceso de formación doctoral me permitieron visualizar que el desempeño del profesional de enfermería, en acuerdo con Medina (2003) y Brockbank y McGill (2002) está basado en un conocimiento enfermero de naturaleza práctica-reflexiva, el cual al ser dinámico no puede ser limitado a la aplicación de los conocimientos sobre teorías, normas y protocolos establecidos por determinados grupos profesionales o institucionales. Existe una gran diferencia entre el "saber qué" y el "saber cómo", ya que el primero es el conocimiento que se presenta en el currículum de manera formalizada, teórica y descontextualizada: mientras el segundo, es un conocimiento tácito que emana de la experiencia profesional (Medina, 2005). Aunque el "saber qué" es necesario como manera de orientar la toma de decisiones profesionales, especialmente de aquellos más inexpertos, pienso que de manera muy frecuente estos lineamientos consumen la riqueza que puede emanar de un conocimiento profesional que es construido a partir de la interrelación con las incertidumbres de las situaciones reales, y por tanto deja de lado la diversidad y la individualidad tanto del profesional como del paciente, teniendo como consecuencia una atención estandarizada, despersonalizada y lejana a las necesidades de

los pacientes como sujetos. En este contexto, destaco la importancia que adquiere el concepto de reflexividad, en primer lugar en el desarrollo de profesionales de enfermería, ya que desde la epistemología de la práctica que plantea Schön (1992) cabe espacio para un aspecto que le brinda singularidad al desarrollo profesional: el arte profesional, el cual es entendido en términos de reflexión en la acción. Así, las situaciones a las que se aplican técnicas, reglas y teorías de manera rutinaria, son casos extremos, ya que el práctico cada vez que experimenta situaciones sorpresas se replantea su conocimiento en la acción, es decir, reestructura sus marcos teóricos y estrategias de acción para dar origen a una nueva manera de comprender y actuar. *“Se comporta más como un investigador que trata de modelar un sistema experto, que como el experto cuyo comportamiento está modelado”* (Schön, 1992, 44). En este sentido entonces, del profesional reflexivo deriva una concepción constructivista<sup>7</sup> de la realidad, ya que él mismo mediante la reflexión va construyendo el conocimiento de su práctica, comenzando por el arte profesional e incluyendo los otros aspectos de su competencia que se derivan de los conflictos de valores, metas, propósitos e intereses profesionales con los que se encuentra a lo largo de su desempeño (Schön, 1998).

La práctica virtuosa requiere profesores con una especial forma de ser (Dewey, 1989) tanto dentro como fuera de las aulas, que subyace de un compromiso con el aprendizaje del alumno no solamente para el presente, sino sobre todo para su futuro desempeño profesional. Para lograr este propósito me resulta indispensable reconocer la obsolescencia de la concepción de experto infalible de los académicos universitarios, que es muy limitante a la hora de intentar establecer un diálogo con el estudiante. En tal contexto, me planteaba de qué manera la relación entre los protagonistas del proceso de enseñanza aprendizaje, como sujetos que construyen espacios formativos, podría abrir espacios a las miradas múltiples de un hecho, conocimiento o experiencia, evitando la imposición de verdades sin sentido por parte del formador en el ejercicio de su poder sobre el estudiante.

---

<sup>7</sup> Las teorías constructivistas conciben el aprendizaje como una construcción de estructuras y regulaciones en creciente y progresiva complejidad, a través de las cuales el sujeto elabora formas que restablecen permanentemente el equilibrio del individuo y su medio (Rodríguez, T. 1999).

Mi búsqueda se dirigió hacia referentes pedagógicos y de enfermería que demostraran una tutoría práctica que permitiese espacios de libertad, de pensamiento, de decisión consciente, y evidenciasen que estamos formando sujetos y no objetos adiestrados para atender al objeto enfermedad. En tal sentido, un profesional de enfermería se forma para trabajar con sujetos sanos/enfermos y no con objetos enfermedades/tratamientos, en la medida que él mismo es tratado en su formación como un sujeto.

Empecé a interesarme por las prácticas docentes de enfermeras profesionales altamente competentes para indagar cómo llegan a disponer de un saber que les permite desempeñarse de manera exitosa con sus estudiantes, como facilitadoras del aprendizaje. Vislumbraba la necesidad de acometer un proceso investigativo que indagara en las relaciones existentes entre la práctica virtuosa del cuidado y la formación clínica de las futuras enfermeras; esclareciendo las relaciones interpersonales entre alumnos y profesores, analizando y comprendiendo la manera cómo éstas afectan a sus actores en sus desempeños y en sus aprendizajes.

Con los elementos antes descritos, la realización de una tesis doctoral se presentaba como una oportunidad para mostrar realidades que arrojaran luz sobre los rasgos de una formación clínica fuertemente humanizada y social. Se trataba de mostrar el desempeño de formadoras virtuosas que logran que los estudiantes descubran el verdadero sentido de cuidar y estar junto a los pacientes. Buscaba, en suma, comprender cómo eran las prácticas docentes de las buenas formadoras, e indagar en los diversos aspectos que las motivaban a actuar de la manera en que lo hacían con los estudiantes. Al final de todo este proceso, decidí concretar mi estudio en la "*Práctica pedagógica de los/as profesores/as expertos/as en la formación clínica de los estudiantes de enfermería*", orientando mi investigación a formadores participantes como tutores de prácticas clínicas, ya que es allí donde los estudiantes pueden experimentar "desde dentro" el cuidado de sus pacientes (Medina, 1999).

El principal aporte que esta investigación puede hacer a la formación de enfermeras, es dilucidar con rigor y pertinencia a la naturaleza de los hechos, qué características posee una práctica pedagógica experta en el contexto de la formación clínica de enfermería. Me parece relevante aportar a esta área de conocimiento la explicitación del virtuosismo o arte reflejado por estos profesionales (Benner, 1987), de manera tal que

podamos utilizar este conocimiento para la formación de otros profesionales docentes. Comprendiendo los contextos, relaciones, historias personales y el sentido que esto tiene para tales profesores, podremos proponer orientaciones más pertinentes de formación con profesores noveles, hacia una enseñanza más contextualizada a las necesidades de estudiantes, profesores, y a los requerimientos sociales de los profesionales de enfermería.

## 1.2 EL FENÓMENO A ESTUDIAR Y LOS PROPÓSITOS DE LA INVESTIGACIÓN

Aunque, existen bastantes referentes teóricos y empíricos respecto a las prácticas de expertos en general, y en la formación universitaria, existen pocos estudios relacionados al ámbito de la enfermería y en específico a la formación clínica. El tema "Práctica pedagógica de los profesores expertos en la formación clínica de estudiantes de enfermería" intenta abordar las preguntas: ¿Cómo son las prácticas pedagógicas de los formadores clínicos de enfermería que son considerados expertos, tanto por los estudiantes como por sus pares? ¿Qué significado le otorgan estos expertos a sus prácticas pedagógicas y profesionales? ¿Qué relación tienen las experiencias previas de estos profesores con su práctica formadora? ¿Cómo es la percepción de los estudiantes respecto a la relación entre el actuar del docente experto y su propio aprendizaje?

El propósito de esta investigación es indagar en los orígenes y en la expresión del conocimiento práctico que poseen los docentes expertos en la formación clínica de enfermería, que permitan visualizar proyectos de formación docente que se orienten a la mejora de los procesos de enseñanza aprendizaje en el área profesional.

El objetivo general es comprender la práctica pedagógica de los docentes expertos en su rol de formadores clínicos de los estudiantes de enfermería, y el significado que estos docentes le otorgan a esa experiencia.

Los objetivos específicos son los siguientes, considerando que no tienen necesariamente un orden secuencial ni jerárquico:

- a. Comprender las concepciones ontoepistémicas<sup>8</sup> de los profesores expertos respecto a la formación profesional y a su rol de formadores.
- b. Identificar en el profesorado las principales experiencias de su historia personal y profesional que se relacionan con su actual desempeño docente.
- c. Profundizar sobre las maneras y motivaciones con las que el profesorado interacciona con sus estudiantes.
- d. Comprender la forma en que los profesores se relacionan con otros actores del entorno clínico pedagógico y la relación con su práctica formadora.
- e. Comprender la percepción de los estudiantes respecto a la relación entre el actuar del docente y su propio aprendizaje.

---

<sup>8</sup> Como **ontología** se entienden los significados profundos que se tienen de los objetos, en este caso, de la práctica pedagógica en la formación clínica de los estudiantes. Por su parte, para acercar los aspectos teóricos con la realidad, es necesario definir la **epistemología**, que podría describirse como el estudio del conocimiento. En consecuencia, en este estudio entenderemos por concepciones ontoepistémicas los significados que el profesorado le otorga a su práctica pedagógica y la relación existente entre este marco conceptual y la propia práctica observada.

# Parte II

## Marco Teórico



## **2. CAPÍTULO 2. LA UNIVERSIDAD COMO ESPACIO PARA LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**

### **2.1. BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA UNIVERSIDAD**

Las primeras universidades surgen a fines del siglo XI en Europa, como espacio donde maestros preparaban a aprendices en áreas relacionadas con la Filosofía, el Derecho o la Teología. Generalmente, estos aprendices estaban vinculados con la institución eclesiástica o con la burocracia real, lo cual hacía de las universidades espacios de elite y prestigio. Más aún, los estatutos de las universidades regulaban inclusive su relación con el Imperio, la Iglesia o la Comuna, según cada caso (Brunner, 2009). Ya en el siglo XVI, la Universidad de Salamanca utiliza el término “Catedrático” para referirse al profesor de más alto nivel en un área o cátedra, asimilando el prestigio y el lugar de honor que ocupaban los Obispos en sus “catedrales”. En prestigiosas universidades de la época, los profesores contaban con la libertad de cátedra para desarrollar sus actividades, las cuales carecían de la utilización de textos, y solo contaban con la transmisión verbal de las ideas (Pulido, 2009).

Ahora bien, si nos referimos a la misión de la universidad como fin último de la misma, podemos hacer referencia a los contextos de las primeras universidades, cuya misión era la búsqueda de conocimientos y formación de sus integrantes para el bien de toda la sociedad (Pulido, 2009). Cabe destacar que esta visión de bien social corresponde a la perspectiva que poseía el sector social vinculado a la Iglesia y a la burocracia real. En España desde los años 30 del siglo pasado, Ortega y Gasset, considerado como importante referente hasta hoy en día, planteaba que la difusión de la cultura debía ser una función esencial dentro de la universidad, ya que es indispensable para los profesionales tener amplios elementos culturales para enfrentar de mejor manera las complejidades que son parte de la vida en la que se desarrollarán como personas y profesionales. La universidad debe ayudarle al hombre a descubrir precisamente el mundo del que es parte, enseñarle la cultura como elemento imprescindible de la vida y constitutivo del ser humano (Palma, 2001).

Hasta la década de los setenta del siglo XX, la universidad seguía siendo un espacio de elite, considerando que el paso de las personas por un centro universitario era



un verdadero privilegio, ya que la educación universitaria era un proceso ligado a la categoría social y no un medio para adquirirla. Al respecto, Imbernón (2008) plantea la necesidad actual de abandonar la concepción decimonónica de la que procede la universidad, y que ha quedado totalmente obsoleta, para asumir una nueva cultura tanto en la forma como en el contenido, considerando que cada vez se requiere menos tiempo para duplicar el conocimiento acumulado por la Humanidad. En tal sentido, la universidad ha ido sufriendo transformaciones de manera paralela a los cambios sociales occidentales, lo cual ha significado que la concepción de conocimiento acabado, definitivo y absoluto de la Universidad Medieval, fuese reemplazada por una noción más limitada, provisional y evolutiva del mismo, con posibilidades por tanto, de cuestionar y criticar dicho conocimiento en función de las problemáticas universales y particulares de la sociedad de la que es parte:

*“¿Enseñar qué? Lo académico y lo vital. El gran objeto de estudio de cualquier nivel docente, también del superior, es la vida y sus problemas. La problemática social no deberá faltar nunca. Más aún la enseñanza por problemas debe ser el gran estímulo que motive a la universidad. La ciencia y la cultura debe responder a los grandes problemas universales y particulares que la sociedad sufre” (Rodríguez Rojo, 2000, 89).*

El surgimiento del modelo neoliberal en la década de los ochenta del siglo pasado, ha empujado a la universidad a dar cada vez mayor importancia a la producción y entrenamiento de trabajadores especializados y preparados para responder a las necesidades del mercado laboral y productivo (Benedito, Ferrer y Ferreres, 1995).

A lo anterior, se añade en los años noventa, el aumento progresivo de la oferta de titulaciones, y la invasión de las nuevas tecnologías de la información (Rodríguez Rojo, 2000), además de modalidades formativas que se caracterizan por una reducción de los conocimientos a un orden establecido en asignaturas y planes de estudios, que mediante el predominio de la lección magistral, busca transmitir de manera ordenada aquellos contenidos que se consideran fundamentales y deben posteriormente ser reproducidos por los estudiantes, impidiendo que éste profundice en temáticas que son de su real interés (Sotelo, 1993). Aunque han transcurrido veinte años desde la descripción que realiza Ignacio Sotelo, y esta realidad ha sido criticada en variados sectores de la comunidad universitaria hasta hoy en día, la tendencia de la formación

universitaria en base a saberes estables, jerarquizados y reproducibles, y sus consecuentes actuaciones didácticas obsoletas, coercitivas y no reflexivas, han permanecido reproduciéndose fielmente en las aulas universitarias, como lo plantea Medina (2002). Si bien es cierto, el cambio de estas lógicas requiere medidas organizativas y políticas, es necesario también un compromiso individual de los propios educadores para abandonar las rutinas utilizadas durante años, que lo único que logran es perpetuar la compleja y preocupante situación antes descrita (Medina, 2002).

En relación a lo anterior, nos detendremos particularmente en la relevancia que significa reconocer la responsabilidad que tienen los diversos actores de la comunidad educativa, tanto en la perpetuación de rutinas replicadas de manera acrítica, como en la generación de cambios tanto en los discursos como en la práctica. Al respecto, el esfuerzo individual de tomar conciencia en forma diaria respecto a los fundamentos y consecuencias tanto de los discursos propios como del actuar personal en los distintos niveles, permitiría estar atentos a reconocer errores y aciertos de la acción formadora, con el objeto de mejorarla, superando la mera reproducción de modelos descontextualizados y muchas veces obsoletos que poco o nada tienen que ver con las lógicas y necesidades de la sociedad actual en su conjunto. Por su parte, no es banal la responsabilidad política y social que le compete tanto a las autoridades de un país o conglomerado de países, como a las instituciones de Educación Superior, respecto a las oportunidades y exigencias asociadas a la mejora y al cambio pertinente y a tiempo, otorgando las oportunidades para ello en términos de la preparación de los educadores, la disposición de recursos necesarios y el establecimiento de políticas públicas que permitan y promuevan la innovación educativa como respuesta a las necesidades sociales en general, y a las necesidades de cada contexto educativo en particular.

## **2.2. CAMBIOS SOCIALES QUE DEMANDAN UN NUEVO ENFOQUE**

La sociedad actual posee características propias de estos tiempos, que indudablemente influyen en lo que es la universidad como institución. En este sentido, el auge de la tecnología, dentro de los que se cuentan los grandes medios de comunicación e información, la permanente especialización de las ciencias, la cada vez más insistente crítica al hegemónico método científico y la concepción de ciencia, las

discusiones hacia los contenidos y los métodos de enseñanza, las nuevas actitudes sociales, la necesaria formación continua de las personas, el influyente neoliberalismo, entre otros aspectos, influyen intensamente en el sentido de la universidad. Lo anterior, debería reflejarse en la generación de movimiento hacia ciertas "rivalidades endémicas" que marcaron desde su nacimiento a la institución como transmisora, selectiva e individualista, cuestiones que hoy se visualizan descontextualizadas y poco pertinentes a las necesidades de la sociedad actual (Imbernón, 2008).

Ahora bien, si se reconoce que todas estas características han ido girando el sentido de la institución universitaria en términos de las demandas que la sociedad hace de la misma, entonces se ha de tomar conciencia que los individuos que la constituyen - profesores, estudiantes y funcionarios, entre otros- también poseen intereses, necesidades y creencias acordes a estos tiempos y con la diversidad que ello significa, lo cual innegablemente debería provocar cambios tanto a nivel de misión institucional, como a nivel de currículum, de aula y de relación profesor-estudiante. En tal sentido, se cree que los principales cambios se han dado a nivel discursivo respecto al compromiso de la universidad para con la sociedad de la que es parte, y se han limitado a nivel de currículum, mediante los procesos de cambio curricular basados en competencias<sup>9</sup>, que han tenido una adhesión progresiva, fundamentalmente desde las demandas profesionales que el sistema productivo hoy requiere. Al respecto, parece adecuada la propuesta aún vigente de Alicia de Alba (1991), quien plantea que la universidad debe ser capaz de establecer su currículum de manera autónoma, pero articulado con las condiciones externas; logrando por una parte, responder a las demandas socioprofesionales y laborales, al mismo tiempo que mantenerse como un espacio para la crítica social, la reflexión intelectual y el análisis científico de la realidad humana. Se podría superar de tal forma, la respuesta acrítica a los requerimientos del mundo productivo y su contexto de globalización mercantil e insolidaria, proponiendo desafíos alternativos respecto a la construcción sociocultural, política, económica y científica de un país (Medina, 2002).

---

<sup>9</sup> Se describe y analiza este punto en el capítulo 3 del presente Marco Teórico.

Una de las posibilidades altamente relevantes para redescubrir el sentido de la universidad actual según Hanna (2002) y Marcelo (2009) se relaciona con la consideración y adaptación que debería realizar la institución universitaria a los vertiginosos cambios tecnológicos e informáticos de las últimas décadas. Dichos cambios son constitutivos de nuestra sociedad, motivo por el cual se convierten en una necesidad inminente en el área de la educación, contexto en el cual el impacto del cambio tecnológico puede ser analizado según De Alba (2000, 87-112), desde tres perspectivas relevantes: la educación para el cambio tecnológico, la educación para los medios y la educación para la producción y transferencia de conocimientos y tecnología. A saber:

- a. La educación para el cambio tecnológico implica reconocer cambios culturales, en el sentido de visualizar que la realidad de la que se es parte ha cambiado radicalmente por la influencia transformadora de la tecnología en la amplia variedad de espacios sociales y su complejidad cultural. Lo anterior afecta sustancialmente el vínculo entre el currículum y el avance tecnológico, la universidad y la empresa, y sus consecuentes cambios de lenguajes y lógicas.
- b. La educación para los medios se refiere a un quehacer inexcusable que se ve dificultado por características histórico-educativas, ideológico-sociales, culturales y económicas, y que otorga al cambio tecnológico el carácter de incluyente-excluyente, inclusive permitiendo que se identifique como analfabeta a aquella persona que no posee las habilidades para decodificar los mensajes de los medios (Aparici, 1996, referido por De Alba 2000, 105).
- c. La educación para la producción y transferencia de conocimientos y tecnología se fundamenta en primera instancia, en el reconocimiento de la carga de poder asociada al conocimiento, vinculándose por tanto su producción y transferencia al nivel de desarrollo de un país y la calidad de vida de los grupos sociales que lo componen. En tal sentido entonces, la

educación para la producción y transferencia del conocimiento deber ser responsabilidad tanto de sectores políticos y economistas, como educativos y culturales.

Es así como el cambio tecnológico resulta insoslayable para la universidad actual, no solo respecto a la incorporación de medios tecnológicos al aula y la investigación, sino conjuntamente con una alfabetización digital que contemple el desarrollo de habilidades tecnológicas, al unísono con la comprensión de las lógicas, intereses, posibilidades y limitaciones que brinda el uso de la tecnología en sus diversas manifestaciones. Por su parte, Marcelo (2009) considera que la revolución digital está promoviendo variados cambios en el ámbito social y laboral, por lo cual todos los niveles educativos –y también la universidad- deberían preparar a las personas para desarrollarse en esta nueva sociedad del saber y la información. La universidad como referente del desarrollo tecnológico y del conocimiento, podrá centrar sus propósitos en la investigación y la formación en la medida que cumple con su misión de indagar, desarrollar y difundir el conocimiento en las diversas áreas del saber (Hernández, 2002).

### **2.3. EL VÍNCULO ENTRE PRODUCCIÓN, EMPLEABILIDAD Y UNIVERSIDAD**

Actualmente existe un claro énfasis en la relación entre la universidad y el ámbito productivo con fines científicos y empresariales, evidenciado en la Ley Orgánica de Universidades (modificación 2011, artículo cuarto), donde se explicita:

*“Las universidades y las administraciones educativas, en el ámbito de sus competencias, promoverán la generación de entornos integrados de educación superior, donde se desarrollen nuevos modelos de relaciones entre el tejido productivo, la universidad, la formación profesional y los organismos agregados, con el fin de crear innovación científica y empresarial”* (BOE.2011, 27749).

Esto tiene directa relación con el planteamiento que Europa realiza en 1999 cuando inaugura el Espacio Europeo de Educación Superior, explicitando con el acuerdo Bolonia una demanda social para el cambio curricular con el objeto de mejorar la calidad y competitividad internacional de la educación superior en Europa, permitiendo incrementar la movilidad y la ocupación de los titulados universitarios

Europeos (GENCAT, 2011). Esta temática se desarrollará con más detalle en el siguiente capítulo del presente trabajo.

Marcelo (2009) plantea una visión más amplia cuando menciona que los principales desafíos de la universidad en la actualidad se relacionan con el compromiso y desarrollo social, así como también con la búsqueda de la calidad, la eficacia y la eficiencia para la formación de los profesionales que el mundo laboral necesita.

En la actualidad, y en medio de los agitados cambios sociales, económicos, políticos y culturales, entre otros, la concepción de los derechos atribuidos a la universidad como portadora de poder intelectual, se orienta por un marco institucional que define sus propias reglas. En este sentido, la universidad se ve inmersa en un campo de fuerzas que desborda sus posibilidades de controlarse internamente, y debe retroalimentarse y corregirse con las preferencias de la demanda, las oportunidades que crea el mercado y las regulaciones dispuestas por los gobiernos (Brunner, 2009).

Otro importante desafío es presentado por la UNESCO (2009) al destacar la relevancia de la responsabilidad social de la universidad actual. Se refiere a que la educación superior debería ayudar a la sociedad a comprender los problemas desde sus dimensiones sociales, económicas, científicas y culturales, así como la propia capacidad de enfrentarlos. Así, la educación superior debería liderar la generación de conocimientos para abordar desafíos mundiales, tales como el cambio climático, la gestión del agua, la seguridad alimentaria, el diálogo intercultural, la salud pública y las energías renovables. Tan relevante es la responsabilidad que la Educación Superior tiene con la sociedad, que además debería ser capaz de promover el pensamiento crítico y la ciudadanía activa, con el objeto de contribuir al desarrollo sostenible, al bienestar y a la paz, así como a hacer realidad los Derechos Humanos.

Coherentes con los planteamientos anteriores, Benedito y Formosinho (1999) expresan que la universidad debería recuperar un papel más protagónico para conformar una sociedad integradora, democrática y civilizada. En este sentido, la universidad no solamente debería preparar profesionales competentes para el mundo laboral, sino también hombres y mujeres cultos; debería estar al servicio de la sociedad y de las personas que pasan por ella, involucrándose en los problemas éticos y científicos que afectan a la sociedad actual, para de tal manera convertirse en un referente para la actual sociedad que se caracteriza por ser materialista, consumista y hedonista (Benedito, 1996,

1998). Para que la universidad sea capaz de educar para la vida, debe sobrepasar los enfoques tecnológicos, funcionalistas y burocratizantes, teniendo al contrario, un carácter más relacional, cultural, contextual y comunitario. En estos espacios se releva la interacción entre los diferentes actores sociales vinculados, la cual debe reflejar el dinamismo social y cultural de una institución que pertenece a la comunidad y por tanto, está al servicio de la misma. Se ha desarrollado un debate interesante en torno a las prácticas que se desarrollan dentro de la universidad, pero más relevante aún es el debate respecto a los aspectos éticos, emocionales, reflexivos, relacionales y actitudinales, entre otros, que se hacen necesarios analizar para conseguir una mejor formación científica y democrática de los futuros ciudadanos y ciudadanas (Imbernón, 2008). En tal contexto, cabe cuestionarse si el profesorado está interesado, a su vez que preparado para abordar dichas temáticas tanto desde sus lógicas de pensamiento, como en las acciones concretas y proyectos en los que se involucra como parte de su desarrollo académico, y cuáles son las plataformas que dispone la institución universitaria para promoverlas y exigir las.

Para Morin (1998) los desafíos de la universidad están directamente vinculados con el desarrollo de un pensamiento complejo que sea capaz de visualizar las relaciones, las interacciones entre los sujetos y los objetos y sus implicaciones mutuas. Es necesaria una visión multidimensional de los fenómenos, más que la mirada disyuntiva que ha tenido históricamente tanto la formación escolar como universitaria, donde en vez de enlazar, se enseña a separar los objetos de sus entornos y las disciplinas unas de otras.

Acogiendo las propuestas de Morin, Ronald Barnett (2002) plantea que la universidad postmoderna debe preparar a las personas para enfrentar una era de súper complejidad, donde todas las estructuras establecidas se ponen a prueba y son cuestionadas constantemente. En este contexto, parte de las responsabilidades de la universidad se relacionan, en primer lugar, con potenciar esta súper complejidad aportando con nuevas formas de comprender el mundo. Por su parte, sería necesario formar a las personas para realizar intervenciones intencionales en diversos ámbitos de la vida, siempre con una mirada crítica y reflexiva.

## 2.4. EL ACERCAMIENTO DE LA ENFERMERÍA A LA UNIVERSIDAD

### 2.4.1. Desde el cuidado intuitivo a las primeras Escuelas de Enfermería

Casi nueve siglos transcurrieron antes que la sociedad reconociera la necesidad de la formación a nivel superior de los profesionales de enfermería, a causa probablemente, de la relación histórica que ha tenido la posición social de la mujer con la enfermería. Desde la prehistoria se da el protagonismo del cuidado a las mujeres:

*"...para la higiene, el agua, para el abrigo, las pieles, para la alimentación, las plantas y para transmitir bienestar, el contacto físico a través de la caricia"* (García & Martínez, 2001, 29).

A través de muchos siglos, la mujer ha sido considerada como propiedad de los hombres y no ha gozado de derechos legales ni de poder alguno. Por el contrario, ha debido asumir absoluta y resignadamente el cuidado de los niños y la asistencia a quienes estaban enfermos, cumpliendo así el objetivo prioritario de atención de la mujer cuidadora "*Mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio*" (García & Martínez 2001:15). Los cuidados<sup>10</sup> logran ese objetivo, a través de lo que hoy podemos denominar cuidados básicos de enfermería, que incluyen la alimentación, la promoción de la higiene, el vestido, y en general, todas las medidas que otorgan confort y agrado a quien recibe los cuidados, permitiendo que la vida del individuo, del grupo y de la especie continúe y se desarrolle. A lo largo del tiempo estos saberes se fueron acumulando y transmitiendo de manera oral a través de las generaciones de mujeres.

Por su parte, el ejercicio del cuidado dentro de las órdenes religiosas, donde las enfermeras se vincularon con una forma de vida de servicio, sumisión y pudorosa distancia de la ciencia, las mantuvo durante varios siglos absolutamente separadas de cualquier comunidad científica asociada a la investigación, lo cual se refleja claramente

---

<sup>10</sup> El *cuidado* corresponde al dominio propio como objeto de estudio de la disciplina enfermera, existiendo principios filosóficos, creencias y comprensiones propias sobre el mundo y sus dimensiones, de las cuales deriva un conjunto de saberes teóricos y conceptuales que son reconocidos y compartidos por la comunidad que investiga y enseña la disciplina de enfermería.



en uno de los tantos escritos recibidos por las comunidades de religiosas enfermeras, por parte de sus superiores:

*“Mantened sus espíritus lo más que podáis dentro de las normas comunes y enseñadles que deben tener, por su sexo, un pudor hacia la ciencia casi tan delicado como el que inspira el horror del vicio”* (Fènelon, referido por Collière, 1993, 54).

A fines del siglo XIX, en medio de fuertes contextos bélicos, se crearon órdenes militares especiales de enfermería que fueron introduciendo mayor severidad en la disciplina, haciendo hincapié en el rango, siendo deferente con los superiores y haciendo un voto incuestionable de obediencia hacia ellos. En este contexto es donde adquiere relevancia para la historia profesional y su formación institucional la aportación de Florence Nightingale, quien es considerada la fundadora de la enfermería moderna, al reformar el sistema de cuidados de salud militar de Gran Bretaña y elaborar un programa de enfermería sólido y basado en normas profesionales, siendo pionera en el uso de las estadísticas sociales y su representación básica. En 1860 la Escuela Nightingale comienza a impartir una formación programada y sistémica donde prepara enfermeras de hospital y visitadoras, pero también comienza la necesidad de preparar enfermeras capacitadas para formar a otras (Donahue, 1985).

Los ambientes belicistas y religiosos, ambos jerárquicos, en donde las enfermeras vinculan su ejercicio como cuidadoras de enfermos, van construyendo una historia y una cultura donde son relevantes las relaciones verticales con los médicos, el seguimiento incuestionable de instrucciones de sus superiores, el uso del uniforme y en general una actitud humilde y pasiva que le da un sentido de servicio y vocación a su desempeño. El impacto que esta parte de la historia ha tenido en las escuelas de enfermería se refleja particularmente en las relaciones establecidas entre alumnas y sus formadoras. Desde la creación de las primeras escuelas de enfermería en el siglo XIX había claramente una concepción de que *“la buena estudiante era la que hacía lo que se le mandaba”* (Donahue, 1985:99), siendo evidente que la alumna que hacía demasiadas preguntas caía en la categoría de personalidad inapropiada para la enfermería, cuya consecuencia era la expulsión de la escuela. El contexto en el cual surgen estas primeras escuelas de enfermería se vincula fundamentalmente a los hospitales, que aprovechaban

la presencia de estudiantes como mano de obra al servicio de las necesidades de la misma institución. Los administradores de las instituciones sanitarias van visualizando poco a poco que las escuelas de enfermería asociadas eran una barata fuente de reclutamiento, ya que las estudiantes asumían cargas de trabajo importantes, que resultaban sin costo económico por su calidad de practicantes (Medina, 1999). En tal contexto, la formación teórica inicial estaba principalmente a cargo de los médicos, quienes otorgaban su particular visión sobre el ejercicio del cuidado como necesidad de colaboración médica; quedando limitada la participación de las enfermeras a los aspectos prácticos de la formación y su consecuente supervisión durante las prácticas clínicas:

*“La contribución de la enfermera al cuidado y la salud de los enfermos se transformó en un papel de subordinación a las necesidades de la profesión médica y de la gestión de los hospitales” (Medina, 1999, 187).*

#### **2.4.2. La incorporación de la enfermería a la universidad**

El desplazamiento de la formación de enfermeras mediante programas dependientes de los hospitales, con una lógica más bien instruccional y técnica, hacia planes universitarios con un énfasis más profesionalizador y formativo, fue cuna de la institucionalización del modelo Tyleriano, que hasta hoy en día es hegemónico en los currículos universitarios de enfermería. El modelo curricular Tyleriano es impulsado por Ralph Tyler a mediados del siglo XX, con marcadas influencias de Bobbit y Taylor, el cual presenta un diseño científico y sistemático del currículum de enfermería, que se caracteriza por ser lineal y unidireccional, relevando la fragmentación del trabajo profesional que se enseña, al mismo tiempo que valida la formulación del plan formativo de manera precisa, orientado hacia la búsqueda de conductas medibles y observables (Medina, 1999). En tal sentido, este modelo reconoce la razón instrumental como forma de legitimarse ante la comunidad académica y profesional, y se apropia de la misma validando el Proceso de Atención de Enfermería (PAE)<sup>11</sup> como medio para

---

<sup>11</sup> El Proceso de Atención de Enfermería se refiere a una metodología de trabajo que es reconocida mayoritariamente por el profesorado de enfermería como la síntesis del razonamiento de enfermería para la programación, ejecución y evaluación de los cuidados. El PAE posee una estructura precisa que

aprender el razonamiento de enfermería y su consecuente actuar profesional. De cierta manera, el PAE como modelo de razonamiento es análogo del método científico, dada su estructura lineal, hipotético deductiva y generalizable. Ahora bien, es paradójico reconocer que mientras ha habido un desplazamiento de la filosofía e investigación de enfermería hacia posiciones más fenomenológicas, interpretativas y cualitativas, que reconocen la naturaleza subjetiva, holística y contextual de los fenómenos asociados a la salud y los cuidados; en la enseñanza de la enfermería se ha seguido manteniendo una forma de razonamiento que replica el modelo biomédico, instrumental, objetivo y analítico, centrado fundamentalmente en la enfermedad y el tratamiento (Medina, 1999). Ambos enfoques presentan serias contradicciones que ciertamente reflejan el tortuoso camino que ha debido recorrer la enfermería como disciplina, y que está en constante tensión entre la búsqueda de su coherencia ontoepistémica, la percepción social respecto a lo que es la enfermería, y la persecución de validación externa en un medio científico, fundamentalmente asociado a los ámbitos biomédicos, perspectiva desde la cual el método cartesiano es la única manera de hacer ciencia y construir conocimiento válido. Para Hernández (2010) la enfermería se encuentra en una crisis de identidad, dada la búsqueda de construcción discursiva: por una parte, entre cómo se autodefine y cómo la definen externamente, y por otra, entre lo que hace realmente en su desempeño laboral, y lo que debería hacer de acuerdo a su misión ocupacional (Allen, 2004).

La incorporación progresiva de las escuelas de enfermería a la universidad, a inicios del siglo XX, permitió a las enfermeras salir del espacio hospital-escuela y evolucionar en su estatus social, a un ritmo similar a lo que ha hecho la misma mujer a lo largo de la historia, incluyendo las resistencias sociales, conflictos de poder y lucha del género femenino contra una subordinación que aún mantiene frente al género masculino. Es así, como diversos autores (Uribe & Jaramillo 2002; Lillo, 2002 y Segarra, et al 1995) declaran en sus estudios que la feminización de la profesión y del cuidado provoca que las relaciones de subordinación aún persistan de manera importante entre

---

comienza por una etapa de Valoración de cada persona, familia o comunidad, para luego realizar un Diagnóstico de enfermería, planteamiento de objetivos, actividades y evaluación. Tal ha sido el grado de sistematización y reconocimiento mundial de esta metodología, que inclusive muchos Diagnósticos han sido estandarizados e incorporados oficialmente a la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), la cual va actualizando y validando regularmente Diagnósticos enfermeros en base a respuestas humanas que requieren determinados planes de cuidados para ser abordados.

profesionales de medicina y enfermería, disponiendo estas últimas de muy escasa autonomía técnica y con insuficiente definición de funciones independientes como disciplina. Es más, Miró Bonet (2008) defiende en su tesis doctoral que las relaciones de poder y los discursos emergidos a mediados de siglo XX en España tienen implicancias en la actual posición de la enfermería, en lo que respecta a la reproducción de prácticas profesionales, políticas y sociales sobre la profesión, las diferencias de género y la dependencia social y profesional, entre otros aspectos. Para Siles (2005), es una paradoja reconocer que la coexistencia de una enfermería vocacional con una enfermería profesional y científica, sea una fuente de conflictos y de enriquecimiento al mismo tiempo.

Por su parte, la incorporación de la enfermería a la universidad también le abrió posibilidades para descubrir la diversidad, contradicciones y opciones sociales, económicas y políticas, extendiendo la percepción social tanto de estudiantes como de docentes, quienes comenzaron a evidenciar la necesidad de formación tanto en sus áreas disciplinares, como en la formación pedagógica, pudiendo de esta manera beneficiarse de las aportaciones del pensamiento de los demás y descubriendo también la posibilidad de enriquecer su propia disciplina y profesión con el trabajo interdisciplinario y académico. Más aún, la búsqueda incansable de las formadoras de enfermería a mediados del siglo pasado, por conseguir el estatus de otros profesionales educadores, las impulsó a continuar su formación académica hacia estudios de postgrado en disciplinas afines como sociología, antropología y educación, con la consecuente apropiación de las lógicas conductistas hegemónicas de la época (Medina, 1999).

Lamentablemente la actitud coercitiva de poder que ejercen muchas enfermeras docentes y asistenciales en la actualidad, como herencia de su historia de relaciones verticales y de autoridad/sumisión, reflejan una repetición acrítica de modelos de comportamiento aprendidos, al establecer relaciones de enseñanza aprendizaje con los estudiantes, donde ubican su experiencia y saber no como una posibilidad, ejemplo u opción, sino como una verdad irrefutable que impide al alumno reflexionar sobre sus acciones y promueve la simple repetición de actitudes, habilidades y conocimientos, cuestión que va absolutamente en desmedro del perfil profesional que se desea construir y es reveladora de la relación experto/ignorante. El aula debería ser siempre un espacio rico en interacciones donde participan activamente sus partes, teniendo en consideración

que las motivaciones, expectativas, experiencias y aprendizajes previos de los estudiantes pueden crear indeterminadas posibilidades en el proceso de enseñanza aprendizaje:

*“Cuando los estudiantes expresan formalmente ideas derivadas de su propia interpretación de la práctica y critican la visión que los docentes universitarios tienen de la misma, los resultados suelen ser desalentadores, cuando no lamentables. En realidad los alumnos son animados a ser autocríticos al mismo tiempo que se les recuerda implícitamente que no deben ser socialmente críticos con las experiencias de conocimiento que desarrollan en las aulas universitarias” (Medina, 2005, 140-141).*

El perfil del profesional de enfermería puede variar de acuerdo a las visiones imperantes, internas y externas, de las docentes de enfermería, ya sea como parte de un equipo docente que desarrolla un currículum, metodologías de enseñanza e innovaciones para preparar al estudiante en su futuro desarrollo profesional, o bien como parte de una institución de salud que requiere a los profesionales para desempeñarse adecuadamente en su labor y colaborar en el cumplimiento de objetivos institucionales. Es más, muchos países desarrollados han buscado la forma de potenciar la enfermería de práctica avanzada, que posee funciones médicas y clínico asistenciales de mayor autonomía que las tradicionales, en términos de tomar decisiones en situaciones críticas, realizar procedimientos complejos, solicitar exámenes, referir a las personas a un especialista o prescribir medicamentos. Esta última función ha avanzado progresivamente en base a variados fundamentos, especialmente vinculados con la optimización de los recursos de pacientes, profesionales e instituciones (Hernández, 2010). Al respecto, este desplazamiento de funciones del profesional de enfermería hacia actividades que tradicionalmente han sido potestad de los médicos, arriesgan medicalizar y reducir aún más los cuidados, centrándolos fundamentalmente en la patología, más que en la persona cuidada. Por otra parte, lejos de favorecer la construcción de una identidad profesional, es muy posible que agudice las dificultades que ha tenido la enfermería para obtener reconocimiento social, siendo visualizada, ahora sí con mayor razón, como una colaboradora del médico o un médico a menor escala. Ahora bien, si se visualiza como inminente la incorporación de procedimientos tradicionalmente médicos al desempeño enfermero en beneficio del sistema sanitario,

entonces se hace necesaria ahora más que nunca una reflexión en torno a la epistemología de la enfermería, que aporte al fortalecimiento de los cuidados desde una mirada integral, y a una humanización de procedimientos que hasta ahora se han realizado de manera más bien instrumental y estandarizada.

Por otra parte, no se puede dejar de mencionar la relevancia que ha ido adquiriendo para la formación universitaria de enfermería, la cultura de acreditación y evaluación de calidad de carreras o titulaciones que se ha instalado cada vez con más fuerza; proporcionando como punto de partida un espacio para que profesionales clínicos, docentes e investigadores de la disciplina tomen acuerdos sobre los aspectos y condiciones que se considerarán como mínimos necesarios para la formación de un profesional competente. Estos procesos no han estado al margen de las lógicas eficientistas y economicistas que imperan en la sociedad actual, y que otorgan mayor relevancia a los datos cuantitativos asociados a los procesos educativos y a la demostración de evidencias, respecto a los planes y resultados formativos, los cuales tienden a orientarse hacia perfiles de competencias tanto individuales como profesionales, similar a los requerimientos del mundo laboral (Fernández, 2003). Es así como las competencias que definen el marco profesional de muchas escuelas de enfermería convergen al menos en el discurso con el que demandan las instituciones de salud -por cierto similar a cualquier institución de la sociedad actual: un profesional autónomo, con iniciativa y capacidad para trabajar en equipo y tomar decisiones, que haga uso eficiente del material y personal a su cargo, y que además participe activamente en el desarrollo del sistema institucional del que es parte (Castillo & Vessoni, 2007). Si bien es cierto, estas características del perfil profesional dejan de centrarse en la adquisición de contenidos y dan importancia a la adquisición de habilidades más complejas, están lejos de reconocer la relevancia de la formación en procesos más bien metacognitivos que otorguen espacios para aprender y apropiarse de los procesos de construcción del conocimiento, y no solo al consumo de un saber preestablecido. Esta cuestión adquiere enorme relevancia, particularmente si se reconoce la rápida obsolescencia de los conocimientos y la inconmensurable disposición de ellos, en un mundo global y virtualizado.

Por otro lado, en las instituciones sanitarias se considera el equipo de enfermería<sup>12</sup> como un subsistema en el equipo de salud, separando sus actividades según el juicio requerido, facultad para tomar decisiones, complejidad de la relación con otras actividades, cualificación técnica y grado de responsabilidad de los servicios que prestan (García 2001). Todas estas características del profesional, hacen que en ocasiones dedique gran parte de su tiempo de trabajo a la realización de procedimientos múltiples y complejos, coordinación de actividades de su personal y de otros profesionales, toma de decisiones sobre cuestiones administrativas, entre otras. Si se añade el elevado número de pacientes de los que deben hacerse cargo, los cuales con los avances de la ciencia suelen encontrarse en situaciones de hospitalización cada vez más complejas, se observa que se ejerce una enfermería que tiende a ser estandarizada para los pacientes según su patología, requiriendo cumplir con una serie de normas y protocolos elaborados en la propia institución. En tal contexto, son muchas las ocasiones en que se pierde la consideración de la experiencia de cuidar como única, ya que los profesionales de enfermería no solo proporcionan un tratamiento específico para una enfermedad determinada, sino que por sobretodo deben proporcionar cuidados a un sujeto cuyo proceso de salud/enfermedad está influenciado por sus necesidades, deseos, temores, y en general, todas las características que lo hacen persona compleja, única y múltiple:

*“El cuidado es un diálogo de presencias, que se produce cuando dos personas se encuentran y están permeables para el enriquecimiento mutuo” (Ferrer, E. 2003, 4).*

En síntesis, la formación universitaria de enfermería actual es producto de la historia y construcciones sociales y académicas que se han elaborado en torno a ella. Adquieren relevancia, en tal sentido, la evolución de los cuidados desde una concepción más bien

---

<sup>12</sup> El equipo de enfermería considera el grupo de trabajo liderado por el profesional de enfermería y constituido además por una gama de colaboradores vinculados a la ejecución de cuidados, los cuales según el país donde se desempeñan, poseen distintos niveles de formación y denominaciones, las cuales se realizan en instituciones no universitarias: técnicos de enfermería de nivel superior, auxiliar de enfermería, técnico paramédico, entre otros. En este equipo de enfermería, la programación, ejercicio y evaluación de los cuidados siempre es responsabilidad del profesional de enfermería, quien delega y supervisa diversas acciones asociadas en los integrantes de su equipo.

intuitiva, hacia una necesidad de sistematización y formación a nivel universitario, reconociendo sus características y fundamentos como disciplina. En tal contexto, aún existen profundos desencuentros entre la epistemología enfermera y sus maneras de enseñarla, lo cual probablemente es consecuencia de las influencias de los paradigmas hegemónicos que han acompañado su evolución en torno a la ciencia.



### **3. CAPÍTULO 3: TENDENCIAS CURRICULARES INFLUYENTES EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**

#### **3.1. CONCEPCIONES CURRICULARES Y SU RELACIÓN CON LA ENSEÑANZA DE LA ENFERMERÍA**

##### **3.1.1. Definiciones conceptuales**

El currículum tiene eclécticas maneras de definirlo, comprenderlo y más aún, de visualizarlo en la práctica educativa. Hoy en día el currículum supera ampliamente aquella definición estática asociada a una estructura organizada de conocimientos, a un plan de instrucción o a un conjunto de experiencias planificadas de aprendizaje. Más aún, el currículum en Educación Superior es reflejo de construcciones sociales, ideologías, debates, discursos hegemónicos y contra hegemónicos, a partir de los cuales no solo se forman profesionales entrenados para un adecuado desempeño laboral, sino también se forman personas y ciudadanos que son parte activa de la sociedad. Con esta misma visión, Gustavo Hawes plantea:

*“El problema curricular no es una cuestión técnica que puedan resolver unos cuantos especialistas entre sí, entre cuatro paredes. Es una construcción social que sólo puede hacerse en el debate y la negociación de los diversos actores involucrados. No es una pura cuestión técnica que se resuelve mediante la aplicación de un protocolo, sino que fundamentalmente requiere creatividad y la generosidad necesaria para dar cabida a otras ideas, para negociar y encontrar soluciones nuevas, para enfrentar el riesgo, la incertidumbre y la complejidad propia de cualquier emprendimiento humano”* (Hawes, 2012, 9).

Gimeno Sacristán y Pérez Gómez (1983) hacen un recorrido sobre las definiciones teóricas y clasificaciones de tipos de currículum bastante utilizados hasta los años ochenta del siglo XX. Entre ellas, se pueden destacar cinco visiones del currículum:

- a. **Como estructura organizada de conocimientos:** constituye el currículum una disposición de saberes teóricos que se transmitirán de manera sistemática, ya sea

para que el alumno adquiriera conocimiento o bien desarrolle ciertas habilidades de pensamiento o aprendizaje.

- b. **Como sistema tecnológico de producción:** el currículum se refleja en un documento que explicita los resultados u objetivos esperados en un sistema de producción.
- c. **Como plan de instrucción:** el currículum implica un claro establecimiento de contenidos, objetivos, actividades y estrategias de evaluación que requerirán de guías y lineamientos para su concreta intervención.
- d. **Como conjunto de experiencias de aprendizaje:** en contraste con las concepciones curriculares como plan de instrucción, esta perspectiva considera el conjunto de prácticas de aprendizaje que los estudiantes desarrollan con orientación institucional. Esta visión reconoce, según la propuesta de Eisner (1979) (referido por Gimeno, 1983), la existencia del currículum explícito, el currículum oculto y el currículum ausente<sup>13</sup>, todos los cuales influyen en las experiencias de aprendizaje de los alumnos:

*“Lo que importa no es lo que se dice que se hace, sino lo que verdaderamente se hace; el significado real del currículum no es el plan ordenado, secuenciado, en el que se plasman las intenciones, los objetivos concretos, los tópicos, las habilidades, valores, etc., que decimos han de aprender los alumnos, sino la práctica real que determina la experiencia de aprendizaje de los mismos”* (Gimeno Sacristán y Pérez Gómez, 1992, 153).

- e. **Como solución de problemas:** el currículum refleja un estudio teórico de lo que ocurre en la realidad desde una perspectiva multidimensional, lo cual se sistematiza

---

<sup>13</sup> Currículum *explícito* se refiere a la declaración formal en un documento representativo del plan de formación, incluidos los objetivos esperados y las actividades pedagógicas a realizar, en el contexto de una cultura que se transmite explícitamente, considerando su dimensión social y moral. Currículum *oculto* considera aquellas dimensiones formativas contextuales de la institución no declaradas explícitamente, que pueden ser coherentes, contradictorias o encontrarse al margen del currículum explícito, pero que de cualquier manera, influyen en la formación del alumnado (Gimeno, 1992). Currículum *ausente* representa todos aquellos contenidos que han sido insuficientemente incorporados, o definitivamente han sido excluidos de la declaración formal del currículum, y que tienen la particularidad de ser aspectos requeridos por los estudiantes o por la sociedad, para ser incorporados en los procesos formativos (Eisner, 1979; referido por Kornblit, 2012).

en una propuesta flexible, integrada y coherente que solo especifica principios generales para orientar la práctica educativa como una posibilidad para solucionar problemas.

Por su parte, De Alba (1991) brinda gran relevancia a las posibilidades que otorga el currículum a la institución universitaria cuando plantea que la articulación de un currículum contextualizado a las condiciones socioeconómicas de la que es parte la Universidad, y a las demandas profesionales y laborales, abren a dicha institución una posibilidad de mayor autonomía como espacio para la crítica social, el desarrollo del pensamiento y la construcción de conocimiento científico, en la medida que incorporen los Campos de Conformación Estructural Curricular (CCEC), que corresponden a un conjunto de ejes fundamentales del currículum que buscan intencionadamente una formación determinada en el alumnado, en el intento de sobrepasar la dicotomía del currículum técnico y el currículum teórico. Estos ejes curriculares serían los siguientes:

**CCEC epistemológico-teórico:** la rápida obsolescencia de los contenidos y su constante transformación demandan que el currículum deba sobrepasar la mera definición organizada de contenidos, y potenciar el desarrollo de competencias metacognitivas que les permitan a los estudiantes problematizar el conocimiento y comprender los tipos de razonamientos en base a los cuales se genera el saber. Esta formación epistemológica propuesta por De Alba a principios de los noventa del siglo pasado, es una demanda cada vez más actual, pero lamentablemente poco frecuente aun en los currículos universitarios. Se tiende al ordenamiento del saber teórico definido, o al aprendizaje de metodologías para resolver problemas, antes que a la comprensión de la naturaleza de dichos problemas y al razonamiento para generar teoría, o ser capaces de problematizar realidades, o tomar decisiones respecto a los métodos más pertinentes para resolver problemas atendiendo a su naturaleza.

**CCEC crítico-social:** el rol de la Universidad debe estar vinculado al fomento de la conciencia crítica de sus estudiantes respecto a la sociedad de la que son parte, asumiendo un rol activo para la justicia social como ciudadanos y profesionales, y una

mirada indagadora y cuestionadora sobre los intereses a los que responde la institución, comprendiéndose como parte y producto de la realidad histórico social en la que viven.

**CCEC científico-tecnológico:** es fundamental reconocer el aporte de los avances científicos y tecnológicos e incorporarlos al servicio del currículum para potenciar la formación epistemológica y la conciencia social de los alumnos, logrando una utilización de dichos avances de manera significativa y articulada a los procesos formativos y sus ejes curriculares fundamentales.

**CCEC de incorporación de los elementos centrales de las prácticas profesionales:** los requerimientos del sector laboral, sus avances, especializaciones y necesidades formativas, deben incorporarse y actualizarse en el currículum formativo, a modo de mantenerse vigente y pertinente al mundo en el que se desempeñarán los futuros profesionales.

Potentes se visualizan los planteamientos de De Alba respecto al currículum como elemento fundamental para la autonomía y posición de la Universidad en la sociedad de la que es parte. Hoy, pasados más de treinta años de dichos planteamientos, resulta pertinente seguir cuestionándose si estos ejes curriculares han sido incorporados en el currículum y cuáles han sido los efectos de los mismos. Sin duda, la tendencia en la formación mantiene mayoritariamente la transmisión y aplicación de contenidos preestablecidos, antes que el análisis y la comprensión de la epistemología de los conocimientos vinculados, lo cual demuestra una falta de reconocimiento respecto al tipo de razonamiento que es pertinente potenciar en los estudiantes. Por su parte, muchos movimientos sociales y estudiantiles que han surgido en los últimos años en países latinoamericanos y europeos como respuesta a las inequidades sociales y a los efectos replicadores de los sistemas políticos, económicos y educativos en dicha situación, han abierto el debate respecto al rol de la Universidad, y en particular de la universidad pública, con lo cual se han potenciado discursos y prácticas formativas que buscan alinearse al rol social y crítico de la misma. Aun cuando existen estos discursos, se plantea que es materia pendiente el cuestionamiento interno respecto a los intereses a los que sirve la Universidad tanto en la formación de profesionales, como en la

investigación científica, reflejados fielmente en la masiva adscripción al modelo Tuning<sup>14</sup> por competencias establecido por la Unión Europea y replicado en diversos sectores latinoamericanos. Ahora bien, los CCEC más abiertos o flexibles como los llama De Alba, referidos al uso de las tecnologías y al vínculo con el mundo laboral, ciertamente han sido incorporados en forma intensa en los currículum, pero es poco claro el análisis crítico y la pertinencia de dichos elementos respecto al porqué y para qué, haciendo uso instrumental muchas veces de elementos que pueden ser potentes transformadores de las conciencias de las personas y sus actuaciones como ciudadanos y profesionales.

### **3.1.2.La influencia del modelo Tyleriano en la formación de enfermeras**

El impacto que ha tenido el modelo de diseño curricular establecido por Ralph Tyler en los procesos de construcción curricular de las enseñanzas de enfermería ha sido relevante y fundamental a partir de la década de los cincuenta del siglo pasado. Su asesoría directa en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Washington permitió establecer el modelo de objetivos en dicha escuela y progresivamente una institucionalización en las escuelas norteamericanas y luego a nivel mundial (Parentini, 2002; Medina, 1999). Tyler se apoya en la racionalidad técnica para proponer un modelo lineal del currículum, cuyo elemento principal son los objetivos (Moreno, 2010). Una de las tensiones de este modelo se refiere a la relevancia que le otorga al producto, no así al proceso, en el sentido de insistir en la evaluación de los resultados y de la pertinencia de la organización de los aprendizajes en función del grado de cumplimiento de los objetivos establecidos y comprobación de los productos postfacto (González, 2004).

En la segunda mitad del siglo pasado este modelo encuentra un fértil campo de desarrollo en medio de la lógica conductista que inunda las visiones hegemónicas en educación; dentro de las cuales se incorpora también la formación de profesionales de enfermería, quienes en búsqueda de legitimación en el ámbito académico replican y sostienen en el tiempo la formación orientada por resultados. Por su parte, ante la

---

<sup>14</sup> Mayor detalle respecto al modelo Tuning por competencias, es desarrollado en el siguiente apartado: El proceso Bolonia y la formación de enfermeras/os, de este mismo capítulo.

escasez de programas de postgrado propios de enfermería, las profesoras buscan vías de formación en disciplinas afines, en particular en educación, la cual es dominada también por lógicas conductistas (Medina, 1999).

La normalización del currículum de enfermería, diseñado bajo una racionalidad técnica, ha permitido el mantenimiento de un currículum normativo, donde la disciplina enfermera se subordina a aquellas más bien vinculadas a las Ciencias Básicas, que por su tradición y aporte a la Ciencia ocupan un estatus socialmente reconocido como experto, y corresponden a aquellas disciplinas que constituyen la formación base de los primeros años de las carreras de enfermería, posterior a lo cual se desarrollan los cursos de Ciencias Aplicadas, donde la teoría se aplica deductivamente para la resolución de problemas de la práctica (Medina, 1999).

Con lo anterior, queda entonces el desafío de instalar en los diálogos de la academia discusiones respecto a los modelos y racionalidades se están usando para la actual formación de profesionales de enfermería, y cuáles de ellos son más pertinentes considerando, por una parte, el contexto de la sociedad actual desde donde provienen los estudiantes, se desarrollan como ciudadanos y se preparan para desempeñarse profesionalmente; y por otra parte, la naturaleza, epistemología de las diversas disciplinas involucradas en la formación y la rápida obsolescencia del conocimiento en general y de enfermería en particular.

### **3.1.3. Naturaleza práctica del currículum**

En contraste con las definiciones y explicaciones más bien teóricas del currículum, Kemmis (1998) visualiza la naturaleza práctica del currículum, el cual se encuentra asociada a una lógica que él denomina hacer la acción:

*“Es esencialmente arriesgada, está guiada por ideas morales, general y, a veces trágicamente conflictivas, relacionadas con el bien de la humanidad; implica sopesar circunstancias y hacer juicios de manera que se pueda actuar correctamente en situaciones humanas y sociales concretas” (Kemmis, 1998, 20).*

Esta visión acoge positivamente las anteriores propuestas de Schwab (1969), quien más que una nueva teoría, propone una perspectiva alternativa sobre la naturaleza del currículum, situándola en un nivel práctico. El currículum práctico se considera entonces como un proceso deliberativo, arduo y complejo, donde es necesario analizar la relación entre fines y medios, problemas y soluciones, alternativas y consecuencias, en un intento por extraer las situaciones significativas e interrelaciones en cada caso.

La anterior propuesta vuelve a acercarse a las concepciones aristotélicas más antiguas, donde se realiza una clara distinción entre la razón técnica y la razón práctica. En la Grecia clásica, la acción práctica era un componente indispensable de la interacción humana, la cual a su vez, es fruto del juicio práctico o *phrónesis*. Este juicio práctico es mucho más que una destreza; es un discernimiento que resulta de la combinación entre el conocimiento, el juicio y la prueba de lo adecuado para una situación concreta. Es una disposición razonada que orienta a la realización de acciones que promuevan el bien, por lo tanto posee un componente de conciencia moral. En otras palabras, hacer el bien sería un fin en sí mismo del juicio práctico, el cual se ejercita a través de la deliberación, la cual incluye procesos reflexivos de interpretación de una situación y proporción de sentido a la misma, para tomar una decisión y consecuente acción apropiada que promueva el bien de los participantes de la misma. "... *el juicio y la acción se relacionan recíprocamente a través de un proceso de reflexión*" (Grundy, 1994, 108). Por su parte, existe la destreza o *tejné*, la cual provoca acciones que son acordes a reglas establecidas, careciendo entonces este componente de conciencia moral que posee la *phrónesis*.

Para el caso del currículum en enfermería, se dispone de recientes estudios (Medina & Lenise do Prado, 2009) que evidencian cómo las concepciones del currículum que manejan los docentes de enfermería son marcadamente técnicas, asociadas a una racionalidad biomédica, en donde el cumplimiento de objetivos supera ampliamente el sentido del proceso formativo. En este sentido entonces, el currículum de enfermería sería un claro reflejo del *tejné*:

*"El currículum de Enfermería presenta una orientación técnica, dirigida al producto final con una fuerte preocupación por la adquisición de destrezas, además del aprendizaje ser percibido como adquisición,*

*acumulación y reproducción de información*" (Medina & Lenise do Prado, 2009, 617).

Este estudio destaca tres premisas sobre las cuales se basa dicho modelo curricular con orientación técnica; la primera de ellas referida a la posibilidad de separar en las acciones educativas los aspectos relacionados con los fines educativos y los medios para alcanzarlos; por otra parte, la valoración de las acciones según su eficacia en el logro de resultados esperados más allá de su valor intrínseco; y por último, la concepción de que toda acción realizada debe tener una definición previa de los resultados que se esperan conseguir.

Por su parte, Bevis (1989) plantea que el currículum sobrepasa significativamente un plan preestablecido, en el sentido que incorpora las interacciones que se definen entre los estudiantes dentro y fuera de aula, además de las interacciones entre estudiantes y docentes también en ambos espacios, en el intento que hacen para que el aprendizaje ocurra. Ciertamente estas interacciones le otorgan un grado de indeterminación a la formación de profesionales de enfermería, que resulta contradictoria con una formulación de currículum totalmente prescrita y normativizada que se expone a tornarse en un proceso de formación opresivo tanto para alumnas como para sus profesoras (Medina, 1999). En tal sentido, parece poco lógico predefinir tan detalladamente como se suele encontrar, los productos y acciones a realizar en un plan formativo de manera transversal y acontextual, en términos de convertirse en una estructura rígida que uniformiza las acciones y resultados, dejando fuera las propias experiencias y saberes de los involucrados en la acción educativa, que le otorgan el sentido a la formación. Más aún, reconociendo el gran esfuerzo que ha significado para enfermeras y enfermeros alejarse del modelo biomédico de atención para apropiarse de una visión holística, integral y contextualizada del cuidado, se visualiza contraproducente seguir formando al estudiantado bajo lógicas unidireccionales y estandarizadas, las cuales comulgan más bien con procesos instructivos en lugar de abrir espacios al desarrollo de un currículum que permita crear significados conjuntos para la construcción del conocimiento. En consonancia con lo anterior, Medina (1999) plantea que el currículum se conciba centrado en personas con historia y biografía, y propone la siguiente definición de currículum de enfermería:



*“El trayecto formativo en un ambiente educacional, donde la alumna interacciona con la historia, la cultura y el saber enfermero a través de la biografía de la profesora con el fin de crear significados que constituyan un conocimiento profesional compartido y relevante para la práctica del cuidado tanto desde la perspectiva de la enfermera como desde la persona que recibe sus servicios, y que supongan además una deliberación de todos los participantes” (Medina, 1999,171).*

El reconocimiento de la relevancia que adquieren en la formación de una persona las biografías y significados de los actores directamente involucrados, en este caso profesora y estudiante, permite hacer una analogía con la experiencia compartida por Esperanza Ferrer, profesora de enfermería española, quien luego de experimentar un complejo cáncer, se reincorpora a su labor como formadora:

*“Han pasado tres años largos y a veces pienso que no ha ocurrido, las cicatrices me sirven para tomar conciencia y situarme en mi realidad. Todavía encuentro personas que me interpelan por las decisiones tomadas. Me incorporé al trabajo casi al mes de la intervención y compartí mis ciclos de quimioterapia con mis alumnos, ambos aprendimos mucho, hicimos del aula un espacio de aprendizaje mutuo, yo los necesitaba para convivir con las incertidumbres de los tratamientos y mi experiencia les ayudaba a crecer como futuros enfermeros y como personas” (Ferrer, 2003, 7).*

Sin duda, esta experiencia ejemplifica fielmente la presencia subjetiva, el encuentro de personas que interactúan y hacen de cada espacio formativo un proceso particular que adquiere significados propios para cada individuo, pues lo constituye de acuerdo a sus propias experiencias de vida. De manera similar a la naturaleza subjetiva de los fenómenos vinculados al cuidado, que han evidenciado en las últimas décadas la importancia de aproximaciones más interpretativas, hermenéuticas, contextuales y subjetivas para la construcción de conocimiento pertinente, así también sería necesario reconocer que los procesos formativos en torno al cuidado requieren dar cabida a las experiencias y significados de estudiantes y profesoras, como manera de aproximarse mutuamente a la experiencia de cuidar:

*“El cuidado es un diálogo de presencias, que se produce cuando dos personas se encuentran y están permeables para el enriquecimiento*

*mutuo. En tal contexto entonces, el estudiante aprendería a partir de su propia experiencia como aprendiz*" (Ferrer, 2003,4).

En definitiva, la naturaleza práctica del currículum de enfermería es coherente con algunas propuestas dentro del pluralismo epistemológico del saber enfermero actualmente reconocido que se vinculan con los trabajos de Watson (1985), cuando plantea la construcción de una ciencia humana para el cuidado, o de Benner (1987) en sus investigaciones vinculadas a la construcción del conocimiento práctico profesional de enfermeras.

Por su parte, los patrones fundamentales del conocimiento de la enfermería: empírico, ético, personal y artístico, que se hayan presentes en todas las acciones profesionales según Carper (citado por Medina, 1999, 210), justifican aún con mayor claridad la naturaleza práctica del currículum de enfermería, en el sentido que la mayoría de ellos son patrones no apriorísticos, sino contextualizados y profundamente experienciales, que necesariamente deben ser parte protagónica de la formación de profesionales de enfermería:

**Empírico:** este patrón representa el conocimiento objetivo y verificable de enfermería acumulado por la experiencia, que desde una visión tradicional de la ciencia, se ha intentado sistematizar en un corpus propio de la disciplina.

**Ético:** es un saber moral no necesariamente verificable, que está presente en todas las acciones de enfermería, y puede ser discutido y reconstruido de acuerdo a la justificación moral de los fines y medios de la acción profesional.

**Personal:** corresponde a un saber subjetivo, existencial y concreto, que es producto de la interacción del profesional con otros sujetos, y que es útil para establecer una relación terapéutica y enfrentar situaciones que superan el ámbito meramente intelectual.

**Artístico:** conocimiento tácito, individual y único que se activa en la misma acción, y es similar al conocimiento práctico<sup>15</sup> (Elbaz, 1981) o práctico reflexivo<sup>16</sup> (Schön, 1992).

---

<sup>15</sup> El conocimiento práctico es un saber personal y tácito, integrado y holístico que se pone en marcha en acciones contextualizadas y es difícil de verbalizar por el profesor.

En síntesis, es al menos cuestionable pensar si realmente los currículos tradicionales de enfermería están preparando a los profesionales para las exigencias de la práctica, dado que muchos de los aspectos más bien vinculados al conocimiento práctico no quedan suficientemente explícitos ni intencionados como para ser desarrollados a lo largo de los años de formación universitaria. Este conocimiento práctico queda subsumido a las reglas del conocimiento teórico y se pierde la oportunidad de construirlo en los espacios clínicos que mayoritariamente tienden a convertirse en oportunidades para aplicar un conocimiento teórico previamente aprendido, en lugar de ser un espacio para la construcción de saberes éticos, personales y artísticos o prácticos reflexivos.

#### **3.1.4.El currículum desde la Pedagogía Crítica**

Hace sentido relacionar la teoría del currículum con los planteamientos de Paulo Freire, quien aunque no ha sido comúnmente asociado a los estudiosos de las teorías curriculares, defiende que el conocimiento y la educación están íntimamente relacionadas con las prácticas sociales como parte de un contexto y de una historia concreta. Teoría y práctica entonces se retroalimentan, se influyen mutuamente, y reflejan las visiones del mundo y del hombre (Fernández, 2002).

En acuerdo a los postulados de Kemmis y Paulo Freire, y con el objeto de comprender con mayor profundidad y claridad las tendencias curriculares en la formación de profesionales de enfermería, se hace necesario reconocer el contexto de desarrollo, y sus consecuentes prácticas asociadas a la formación, especialmente vinculadas al ámbito clínico, en el entendido que es un espacio donde los estudiantes tienen la oportunidad de formarse en escenarios reales, con personas e historias reales. Un estudio bibliográfico realizado por Vasconcelos (2011), revela que aún existen escuelas de enfermería de Latinoamérica cuyos currículos son reflejo de la escuela tradicional y sus prácticas pedagógicas y evaluativas están arraigadas bajo la

---

<sup>16</sup> El conocimiento práctico reflexivo corresponde a un saber que el profesional pone en marcha cuando se enfrenta a situaciones inciertas y dilemáticas, mediante procesos reflexivos que son detallados en el capítulo 4.

concepción bancaria de educación<sup>17</sup>. No obstante, se declaran con cada vez mayor fuerza, reformulaciones de sus estructuras curriculares que tienden a incorporar lógicas y prácticas más vinculadas hacia la Escuela Crítica, coherentes con los referenciales teóricos emancipatorios, liberadores, constructivistas y socio-interaccionistas. Para Browne (2001), la Teoría Crítica puede ser un medio para superar los prejuicios históricos vinculados a la enfermería, en la medida que se fortalezcan los fundamentos ideológicos de la ciencia de enfermería y se potencie un cuerpo de conocimientos que favorezca su comprensión sociopolítica.

En acuerdo con estos planteamientos, Mooney & Nolan (2006) defienden que el conocimiento y la comprensión amplia del contexto en el cual se desarrolla la enfermería son medios para su emancipación y consecuente mejora en los cuidados de los pacientes. En tal sentido, desarrollar programas formativos con clara influencia de los postulados de la Pedagogía Crítica de Paulo Freire, implicaría la inclusión de espacios formativos para la construcción de significados, apoyados por experiencias personales que potencien la autoconciencia, la identificación de limitaciones y capacidades para la transformación social. En tal sentido, la educación recibida por los profesionales de enfermería puede transformarse en una potente posibilidad de reflexión crítica que disminuya las posibilidades de opresión de estudiantes y futuros profesionales, en la medida que estos procesos educativos sean camino hacia la transformación de la conciencia de profesoras y alumnas:

*“Cuando profesoras y alumnas están capacitadas para “ver a través” de la conciencia impuesta por la hegemonía del grupo opresor y valorarlo por lo que es, tomarán conciencia de su opresión y de la naturaleza arbitraria e interesada de la misma, visualizando entonces nuevas posibilidades. Una educación que permitirá liberar a las y los estudiantes de la opresión y coerción que sufren a diario convirtiéndolos en sujetos que participan libremente en la construcción*

---

<sup>17</sup> La educación bancaria es un concepto instalado por Paulo Freire, quien mediante sus diversos trabajos y publicaciones, revela con admirable lucidez el significado de dicho término referido a una educación que se limita al acto de transferir, narrar, depositar pasivamente conocimientos a los educandos de manera vertical y antidialógica, sirviendo de tal manera a las relaciones de dominación entre educador y educando, mediante el uso de “argumentos de autoridad” (Freire, 2005: 92), los cuales se validan simplemente por el hecho de ser emitidos por un educador que se sitúa a nivel superior del educando. En tal contexto, los educadores bancarios adormecen o inhiben su creatividad en la medida que se preparan para formar individuos abstractos y aislados de la sociedad que los rodea, en una educación acontextual que busca transferir un falso saber de contenidos impuestos.

*de su universo profesional. Una educación crítica que haga aflorar a la conciencia las inaceptables relaciones de poder y que tiene el objetivo de construir un clima educativo y profesional menos distorsionado por las relaciones de dominación” (Medina, Schubert, Lenise do Prado, y Sandin, 2010, 616).*

En tal contexto, la emancipación requiere una democratización de las prácticas pedagógicas, en el sentido de construir procesos de enseñanza aprendizaje de manera consensuada y participativa, que permitan pensar la propia realidad dialogando críticamente con las situaciones que se enfrentan, cuestionando las propias comprensiones y buscando posibilidades de cambio que superen la mera lógica instrumental. En consecuencia, este proceso necesita de docentes que sean capaces de reflexionar constantemente sobre sus propias realidades sociales y pedagógicas, (Bazán, 2002), desafío que más bien significa un profundo cambio cultural en la enfermería, considerando su historia profesional vinculada a las relaciones verticales, la sumisión y el servicio, que con muchos esfuerzos han transformado la enfermería en una profesión autónoma y de mayor reconocimiento social.

### **3.2. EL PROCESO BOLONIA Y LA FORMACIÓN DE ENFERMERAS/OS**

Movimientos políticos y económicos, más que rupturas ideológicas educativas, están provocando en el nuevo milenio cambios asociados a la formación profesional, vinculada a la formación por competencias.

#### **3.2.1. El Proceso Bolonia y el Proyecto Tuning**

En el año 1999 se reunieron en Bolonia los ministros de Educación Superior de 29 países europeos, quienes firmaron la Declaración de Bolonia, que corresponde a un acuerdo político que define las bases para la construcción del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), cuyo objetivo central era mejorar la calidad y competitividad internacional de la educación superior europea, lo cual fomentaría que sus titulados universitarios se movilizaran entre los diversos países y optimizaran su

ocupación laboral dentro del continente. Los objetivos incorporados en la Declaración de Bolonia son los siguientes (EEES. BOLONIA, 1999):

- Adoptar un sistema fácilmente legible y comparable de titulaciones, mediante la implantación de un Suplemento al Diploma.
- Adoptar un sistema que esté basado, fundamentalmente, en dos ciclos principales.
- Establecer un sistema de créditos, como el sistema European Credit Transfer System (ECTS).
- Promover la movilidad de estudiantes, profesores y personal administrativo, eliminando los obstáculos a la libre circulación entre las instituciones de Educación Superior.
- Promover la cooperación europea para asegurar un nivel de calidad para el desarrollo de criterios y metodologías comparables.
- Promover una dimensión europea en la educación superior con particular énfasis en la elaboración de programas de estudios, cooperación interinstitucional, programas de movilidad y programas integrados de estudios, formación e investigación.

El denominado proceso Bolonia requeriría entonces, establecer una estructura comparable a nivel europeo de las titulaciones de Grado, Máster y Doctorado, además de la incorporación de innovaciones metodológicas docentes. Lo anterior, involucró la creación del Proyecto Tuning, considerado a nivel de las universidades europeas como su proyecto de mayor impacto, con el objeto de alcanzar colectivamente puntos de referencias comunes basados en resultados de aprendizaje y competencias. De tal manera, Tuning tuvo como principal objeto sintonizar los propósitos formativos de las distintas titulaciones en el marco europeo, estableciendo las competencias genéricas y específicas que cada egresado debía alcanzar al término de su formación profesional inicial. Otras de las metas del proyecto que se plantearon al inicio de éste fueron las siguientes (González & Wagenaar, 2003):

- Impulsar a nivel de Europa un alto nivel de convergencia de la educación superior en siete áreas, definiendo conjuntamente resultados profesionales y de aprendizaje. En tal contexto, todos los objetivos siguientes se vinculan a estas siete áreas.
- Desarrollar perfiles profesionales, resultados del aprendizaje y competencias genéricas y específicas de cada área de estudio, incluyendo destrezas, conocimientos y contenidos.
- Proporcionar transparencia en las diferentes estructuras educativas, e impulsar la innovación mediante la comunicación de experiencias y buenas prácticas docentes.
- Establecer redes a nivel europeo que tengan la capacidad de mostrar ejemplos de prácticas eficaces, estimulando la reflexión, la innovación y la calidad docente.
- Impulsar e intercambiar información relacionada con el desarrollo curricular, creando un modelo de estructura curricular que facilite el reconocimiento y la integración europea de diplomas.
- Crear vínculos con otras instituciones calificadas para producir convergencia en las áreas definidas.
- Desarrollar una metodología para analizar convergencias y divergencias, en búsqueda del logro de consensos.
- Ejercer coordinadamente los distintos actores que constituyen el proceso de las estructuras educativas, particularmente a nivel de grupo de seguimiento de Bolonia, ministerios de educación, rectores, universidades, asociaciones y organismos de acreditación y aseguramiento de la calidad.

### **3.2.2 Sobre la noción de competencias del Proyecto Tuning en la formación enfermera**

El Proyecto Tuning asume las competencias como manera de consensuar los desempeños que serían capaces de demostrar los titulados europeos, independiente de la institución de egreso, permitiendo espacios de flexibilidad y autonomía en la construcción curricular de las distintas entidades formativas. En este contexto:

*“Poseer una competencia o conjunto de competencias significa que una persona, al manifestar una cierta capacidad o destreza o al desempeñar una tarea, puede demostrar que la realiza de forma tal que permita evaluar el grado de realización de la misma. Las competencias pueden ser verificadas y evaluadas, esto quiere decir que una persona corriente ni posee ni carece de una competencia en términos absolutos, pero la domina en cierto grado, de modo que las competencias pueden situarse en un continuo” (González & Wagenaar, 2003,80).*

Las ventajas que reconoce el Proyecto Tuning en la elección de las competencias como puntos dinámicos de referencia, son los siguientes (*Op.Cit*):

- Fomentar la transparencia en los perfiles profesionales y académicos de los planes de estudio, potenciando el énfasis hacia los resultados.
- Desarrollar un nuevo paradigma de educación centrado en el estudiante y orientado hacia la gestión del conocimiento. Esto implica resignificar el rol del educador y del estudiante, además de realizar cambios profundos en la organización, los objetivos, metodologías, actividades y resultados educativos.
- Las crecientes demandas de una sociedad que aprende permanentemente, y un aumento de flexibilidad en la organización de aprendizaje, teniendo en consideración la diversidad social, los ritmos cambiantes de individuos y grupos, la acelerada producción de conocimiento, entre otros.
- Posibilidad de mejora en los niveles de empleabilidad y ciudadanía, en el sentido de desarrollarse como persona y asumir responsabilidades en la sociedad.
- Enriquecer la dimensión europea de la Educación Superior, haciendo cada vez más atractivo el EEES.
- Brindar un lenguaje más pertinente y comprensible en el diálogo con diversos grupos interesados.

Enfermería es la primera disciplina considerada como “práctica” que se incorpora al Proyecto Tuning, a pesar de la amplia variedad de su actividad sanitaria en los diversos países europeos. Probablemente, este proyecto se visualizó como una oportunidad de nivelar la formación de enfermeras(os) a un primer ciclo de grado y abrir mayores



posibilidades de progresión en la formación de los siguientes niveles, pudiendo acceder a estudios de Doctorado para los cuales hasta ese entonces existían muchos obstáculos.

Al igual que en las otras áreas, se realizan discusiones en base a marcos de referencia nacionales y europeos para llegar a consensos respecto a los perfiles y resultados de aprendizaje en sus distintos niveles. Para lograr dichos perfiles se establecieron resultados de aprendizaje vinculados con competencias genéricas, además de un listado de competencias intelectuales, prácticas, profesionales y académicas para enfermería, que de acuerdo a cada ciclo, los estudiantes deben lograr con sus respectivos programas de estudio (González y Wagenaar, 2006).

- a. **Competencias genéricas:** incorporan elementos comunes y transversales a cualquier titulación, las cuales se valoran por la permanente reformulación y cambio de la sociedad actual. Estas competencias se ven fuertemente influidas por los enfoques educativos desarrollados y la utilización de metodologías, materiales y estrategias utilizadas. Luego de una masiva aplicación de encuestas, las principales coincidencias entre empleadores y egresados respecto a las competencias genéricas más importantes para graduados de enfermería se vinculan con aplicar los conocimientos teóricos a la práctica profesional, continuando en orden de importancia con el compromiso ético y las habilidades de análisis, la síntesis y resolución de problemas, además de las habilidades interpersonales (*Op. Cit.*).
- b. **Competencias específicas:** se refiere a aquellos conocimientos y destrezas particularmente vinculados a cada disciplina en sus distintos niveles formativos. Las conclusiones relacionadas con estas competencias se han derivado de múltiples espacios de discusión y deliberación de grupos de expertos y académicos de cada disciplina, siguiendo una metodología de trabajo similar. Dentro de estas conclusiones generales, destaca la apertura de los académicos para intercambiar visiones relacionadas con las competencias de sus áreas de conocimiento, existiendo un entendimiento común entre ellos y una clara orientación para pasar de la entrega de información a los resultados del aprendizaje en los programas de estudio. Asimismo se evidencia la necesidad de un sistema que asegure la calidad y el reconocimiento de logros académicos (*Op. Cit.*).

Con los elementos antes mencionados, las escuelas de enfermería del EEES han ido construyendo caminos propios, con diverso grado de adhesión, acuerdo y metodologías de trabajo, que han acercado sus procesos formativos al cumplimiento de las condiciones legales vinculadas a los distintos niveles de formación universitaria de enfermeras y enfermeros.

### 3.2.3 Críticas al modelo de formación por competencias

El modelo por competencias bajo la lógica del Proyecto Tuning, y la replicación del mismo en diversos espacios a nivel mundial, ha provocado múltiples críticas y contrapropuestas por parte de diversos grupos, que incluyen tensiones y desacuerdos tanto desde las dimensiones políticas como académicas.

Es así, como las principales críticas surgen en torno a los siguientes aspectos, entre otros:

- **Orientación del modelo hacia el mercado productivo:** bajo el modelo neoliberal imperante en la sociedad actual, las instituciones educativas se ven forzadas a formar sujetos preparados para cumplir su rol de trabajadores al servicio de la maquinaria productiva, centrando su apoyo al crecimiento económico y la competitividad empresarial (Hawes, 2012; Diez, 2009). Este sistema exige una adaptación unidireccional del sujeto hacia el mercado del trabajo, transformándose de tal manera en un individuo capaz de acceder al empleo y solucionar los problemas que enfrente en el mundo laboral, más que en un sujeto que haga valer sus derechos laborales. Asimismo, la universidad deberá adaptarse, también unidireccionalmente, a los sectores económicos hegemónicos para dar respuesta con sus proyectos y procesos formativos, a las necesidades del mercado (Menéndez, 2009). Esta realidad arriesga la pérdida de una sociedad solidaria, preocupada por la justicia social y el bien común, limitándose a un desempeño laboral supeditado a lógicas de competitividad y endogamia institucional.

- **Degradación del rol de la universidad y reduccionismo funcional de la misma:** el modelo presenta el riesgo de reducir la formación al entrenamiento para cumplir con un listado de tareas o habilidades útiles en una cadena de producción, donde no tienen cabida otras dimensiones del sujeto (Menéndez, 2009). Por su parte, la construcción de conocimiento es supeditada a las entidades financieras que apoyan económicamente dicha actividad, siempre y cuando le sea útil al mercado, con lo cual, cada vez son más estrechos los espacios universitarios donde se practica la libertad de pensamiento, reduciendo el aporte de la institución a la sociedad (Hawes, 2012; Diez, 2009). Este vínculo entre la universidad y la economía, involucró un "mestizaje o hibridación" de los significados y de las categorías de legitimidad que operan en ambos ámbitos, validando el pensamiento mercantilista como un valor que se introduce en la universidad de manera inexcusable y natural (Medina y Borrasca, 2013). La institución universitaria se aleja, por tanto, cada vez más de su responsabilidad como cuna de la reflexión intelectual y análisis científico de la realidad humana, así como el espacio donde tanto internamente, como en diálogo con la sociedad de la que es parte, es capaz de realizar una crítica social inclusiva y con amplitud de miradas.
- **Reduccionismo de los aprendizajes complejos a competencias:** la tecnificación de la enseñanza, en el contexto de la formación por competencias refleja una posibilidad más de la racionalidad técnica hegemónica en la universidad, donde en lugar de valorar el conocimiento universal y neutral, busca ajustar el proceso formativo al logro de un perfil de competencias que orienta las estrategias de enseñanza y evaluación. Estas estrategias se minusvaloran por sus cualidades intrínsecas y éticas, y más bien se seleccionan y juzgan por su eficiencia instrumental respecto al aporte para el logro del perfil de competencias establecido (Medina y Borrasca, 2013). En tal sentido, las competencias no pueden ser consideradas como un producto o realización final, sino estados en proceso de evolución; se visualiza como necesaria una conceptualización teórica o sistematización empírica respecto al proceso de

movilización de saberes, que respalde y oriente los procesos de formación, siendo razonable pensar que el conocimiento que poseemos sobre las competencias no está suficientemente elaborado ni comprendido como para potenciarlas en la formación profesional (Gimeno Sacristán, 2008).

- **La inviabilidad de la evaluación estricta de las competencias:** la comprensión de los contenidos vinculados a las ciencias, las humanidades o las ciencias sociales difícilmente podrán ser reducidos a una descripción de competencia, menos aún intentar cuantificar el tiempo que se requiere en este proceso de comprensión, bajo la lógica de los créditos (Gimeno Sacristán, 2005). Dado que las competencias pueden "ser parte" de un individuo, así como desarrollarse gradualmente y de manera contextualizada, sería imposible sostener una escala de desempeño pertinente para evaluar el proceso de adquisición de una competencia. "Lo que resulta insostenible es la opinión de que sea posible una valoración detallada, minuciosa, contrastada y calculada de la construcción de la competencia en el estudiante" (Menéndez, 2009:24).
- **Diferenciación entre una formación académica y profesional:** un egresado formado especialmente para dar respuesta a las demandas del mercado laboral, con muchas dificultades podrá aportar de manera relevante en su campo profesional (Menéndez, 2009). En tal contexto, no es posible separar los saberes vinculados a algo, de aquellos saberes que revelan cómo actuar sobre ese algo (Gimeno Sacristán, 2005). En el mismo contexto, Barnet plantea la necesidad de un replanteamiento de la educación del ser humano y de un quebrantamiento de los límites establecidos que no disgregue las competencias académicas (vinculadas con la disciplina, el conocimiento, la objetividad) y las competencias operativas (las habilidades), sino más bien promueva una sociedad que aprende (González & Ortiz, 2008). Es sabido que la construcción de conocimientos científicos técnicos y generalizables ocupan un lugar privilegiado en los ámbitos asociados a la investigación, y más aún cuando dichos conocimientos son transmitidos y aplicados en la enseñanza, ya que en tal caso,

la formación estaría basada en saberes objetivamente contruidos y validados. En el contexto de la enfermería, la enseñanza de este tipo de conocimiento se acumula en los primeros años de estudio, a modo de establecer un "piso" asociado a las disciplinas básicas y biomédicas a partir de las cuales los estudiantes podrían seguir aprendiendo saberes vinculados con las competencias más bien profesionales. Esta disociación es bastante marcadora en la formación, tanto en los estilos de enseñanza, como también en la comprensión racional respecto a la existencia de un saber más "duro", estable y generalizado que se evalúa de manera objetiva y de modo idealmente aséptico. En tal situación, el saber profesional de enfermería reflejado en habilidades operativas, como se hizo mención anteriormente, pierde autonomía y relevancia al asociarse al desempeño laboral, más que a la comprensión global de componentes ontoepistémicos propios de la disciplina enfermera y a la resignificación de ellos en un contexto práctico donde adquiere sentido.

- **La distancia entre la formalización curricular y la práctica real:** la sistematización de la formación en un currículum profesional es requisito para ofrecer al futuro profesional lógicas de significado e interpretación, y pautas de actuación que le faciliten aproximarse a los contextos prácticos reales con una base que le garantice un mínimo ejercicio pertinente. Aun así, es necesario reconocer que la formalización curricular requiere de un prolijo análisis en busca del máximo isomorfismo posible entre contenido y práctica, sin olvidar que existe una distancia ontológica irreductible entre la representación y lo representado. En tal sentido, la única forma de comprender e incorporar los esquemas de interpretación que subyacen a las acciones prácticas competentes, es poniéndolas en funcionamiento en el interior de las situaciones profesionales y con respecto a funciones prácticas (Medina y Borrasca, 2013). A modo de ejemplo, la competencia reflexiva es imposible de reducir a un constructo teórico lineal enseñado y simulado en el aula, ya que solamente en la propia práctica es donde adquiere sentido el componente reflexivo -que a su vez es tácito- de cualquier acción profesional, siendo necesario por tanto ejercitarlo de manera transversal, constante y progresiva, promoviendo la adquisición de la

práctica reflexiva como un *habitus*, tal como lo denomina Perrenoud (2004). En tal contexto, la visualización del desarrollo de la competencia reflexiva en la formación de profesionales de enfermería implicaría la instalación de estrategias didácticas que favorezcan en los estudiantes procesos metacognitivos, donde puedan "pensar cómo piensan", tomar conciencia de las representaciones que poseen de la realidad y cómo éstas pueden influir en sus acciones, decisiones, y finalmente en su futuro desempeño profesional.

A modo de conclusión, se puede decir que el currículum de enfermería se ha visto afectado por las diversas tendencias históricas asociadas a la formación, en un modelo que hegemónicamente valora el saber científico hipotético-deductivo por sobre los saberes prácticos profesionales, lo cual se ve reflejado, por un lado, en los cursos que constituyen las bases de la formación en los primeros años, y por otro, en los productos establecidos a priori como objetivos últimos de la formación, dejando de lado el interés por comprender los procesos acerca de cómo se construye el saber y se representa en la práctica. Así, el currículum sobrepasa ampliamente la estructura de cursos reflejada en un plan de estudios, y se hace real en las prácticas y discursos cotidianos, y en el sentido profundo que tanto educadores como estudiantes le otorgan al proceso de aprendizaje.

En la actualidad, la formación orientada por competencias ha ganado espacios relevantes en la universidad, que tiende como institución a mezclar sus intereses y lógicas de funcionamiento con las de los ámbitos económicos, reduciendo en muchas ocasiones la formación profesional a dar respuesta a los intereses del mercado laboral, especialmente de aquellos provenientes de sectores económicos con mayor influencia social.

Para la formación de profesionales de enfermería, lo anterior ha significado esfuerzos institucionales e individuales por adaptar los currículum al logro de competencias de enfermería establecidas de manera estándar y descontextualizada para un conglomerado de países e instituciones, que reducen significativamente el interés por provocar en los estudiantes procesos metacognitivos transversales que les permitan tomar conciencia de las representaciones que el saber aprendido tiene en los contextos reales y los procesos reflexivos que favorecen la construcción de saber mediante una racionalidad práctica antes que técnica.

#### **4. CAPÍTULO 4: LA PRÁCTICA REFLEXIVA COMO APROXIMACIÓN METODOLÓGICA PARA LA FORMACIÓN DE ENFERMERAS/OS**

Teniendo en consideración el fuerte énfasis que está adquiriendo en el discurso, tanto de la formación como de la práctica profesional de enfermería, la idea de práctica reflexiva, se hace necesario indagar en las dimensiones y alcances que ha tenido este concepto especialmente en la formación profesional de enfermeras y enfermeros.

##### **4.1. SOBRE LA NOCIÓN DE REFLEXIVIDAD**

Al introducirse en el concepto de reflexividad, surge como primera cuestión la aparente elusividad y ambigüedad que caracteriza a este término, lo cual repercute en que varios autores concluyan que a pesar de la riqueza de literatura respecto a la reflexión, nadie la ha definido claramente como un concepto (Scanlan & Chernomas, 1997; Pearson, 1998; Burton, 2000; Williams & Lowes, 2001; Hargreaves, 2004, Bardallo, 2010). Probablemente esta falta de claridad conceptual es una muestra de la dificultad en comprender la multidimensionalidad del término (Medina, 1999), lo cual le otorga límites difuminados que lo hacen difícil de definir y enseñar (Joelle & Kerry 2002), así como también de consensuar métodos que puedan demostrar eficacia e impacto en sus resultados (Mann, Gordon & MacLeod, 2009). De tal manera, existe una tendencia a evitar la descripción detallada y sistemática del proceso para no reducir su complejidad a pasos predeterminados, repetitivos, descontextualizados, rígidos y en consecuencia, no reflexivos.

Desde los escritos de Aristóteles se revelan distinciones etimológicas de algunos términos relacionados con la reflexividad, como *phrónesis* y *tejné*, los cuales han sido descritos en el capítulo anterior. La revisión de la literatura muestra diversos autores que han sido importantes voces en sus épocas y que han utilizado el concepto de reflexividad como uno de los núcleos centrales de sus planteamientos. Ya desde los años 30 del siglo pasado, John Dewey aplica el término de reflexividad directamente a los procesos educativos, planteando que la reflexión implica una forma de ser y una preparación que fomenta el pensamiento crítico, racional e intuitivo, desarrollando

actitudes de *liberalidad* o mentalidad abierta a diversas perspectivas para visualizar mejoras profesionales, así como también actitudes de *responsabilidad* en adoptar las consecuencias de sus creencias o de cualquier proyecto puesto en marcha, y por último el *entusiasmo* que implica que los actores de la comunidad educativa inviertan todas sus energías, motivación y herramientas disponibles para llevar a cabo una causa educativa (Dewey, 1989).

Así también, Paulo Freire (2005) en su defensa por una educación con fines emancipatorios y de liberación de las relaciones entre opresores y oprimidos, plantea que los hombres están inmersos en la praxis del mundo, lo cual necesariamente requiere de procesos simultáneos de reflexión y acción para transformarlo. En una relación dialógica educador-educando, y mediante la acción reflexión, estos sujetos crean y recrean el conocimiento de la realidad, convirtiéndose en una relación de compromiso y aprendizaje mutuo. Destaca la importancia de diferenciar acción-reflexión del activismo puro o el verbalismo puro, para promover el diálogo y evitar la existencia de arrogancia en alguno de los actores.

Por su parte, Habermas (1989) presenta la autorreflexión como uno de los componentes nucleares del método de la ciencia sociocrítica: la crítica ideológica en la que convergen la sociología crítica con la teoría psicoanalítica de Freud, la cual es una ciencia que recurre metódicamente a la autorreflexión. La teoría sociocrítica será aquella que aborde las consecuencias sociales de una acción práctica, lo cual se logra mediante la integración de teoría y práctica en procesos dialécticos de reflexión y práctica, con fines emancipatorios (Carr y Kemmis, 1988).

Ahora bien, dentro del ámbito específico de la formación de profesionales, es indiscutible la gran influencia que han tenido los trabajos de Donald Schön (1998, 1992) para impulsar una inquietante búsqueda por parte de muchos profesionales hacia aproximaciones más reflexivas de conducir la formación profesional. Esta búsqueda intenta poder superar las limitaciones que presenta el tradicional currículum de los centros universitarios, el cual está basado en la racionalidad técnica<sup>18</sup> y tiene como

---

<sup>18</sup> Considerada como la visión dominante del pensamiento respecto a las profesiones y las relaciones existentes entre la investigación, la educación y la práctica en las instituciones occidentales de educación superior. La racionalidad técnica corresponde a la epistemología positivista de la práctica, que se arraigó en las escuelas profesionales, asegurando su espacio en las universidades a principios del siglo



principal limitación su incapacidad para preparar profesionales que actúen de manera eficaz y ética en las áreas indeterminadas de la práctica (Schön, 1998, 1992).

Para Schön, esta visión dominante respecto a la relación entre la práctica profesional y el conocimiento académico que se basa en la racionalidad técnica, intenta resolver los problemas de la práctica mediante la aplicación del conocimiento derivado de investigaciones sobre problemas claramente delimitados. Al respecto, uno de los aspectos más interesantes del análisis empírico que ha hecho Schön, acerca de las maneras en que algunos profesionales (arquitectos, ingenieros y psicoterapeutas) gestionan la resolución de los problemas con los que se enfrentan en la práctica, ha sido mostrar que los problemas de la práctica no son precisamente bien definidos y repetitivos; más bien son situaciones problemáticas que poseen características únicas, inciertas, ambiguas y saturadas de conflictos de valores. Según este mismo autor, en la práctica profesional existe un terreno elevado y sólido donde los profesionales pueden aplicar efectivamente la teoría y las técnicas derivadas de la investigación; pero existe también un terreno bajo y pantanoso donde las situaciones son mucho más complejas y por tanto son imposibles de resolver de manera netamente instrumental (Schön, 1998).

Por su parte, el currículum normativo de los centros de formación de profesionales -en este caso de las ciencias de la salud- que promueven la enseñanza de las ciencias básicas, luego las ciencias aplicadas, y al finalizar, la realización de un prácticum en donde los estudiantes deben aplicar los conocimientos anteriormente adquiridos, poseen una visión estrecha, instrumental y rígida (Medina, 1999), que no es adecuada a las necesidades de formación profesional. En consecuencia, los docentes han expresado insatisfacción por estar inmersos en un currículum que no prepara a los futuros profesionales en las zonas indeterminadas de la práctica, y el conocimiento derivado de la investigación profesional rigurosa, se ha ido alejando del conocimiento práctico (Schön, 1992).

A todas estas cuestiones, los prácticos reflexivos han prestado atención para alejarse de la racionalidad técnica y desarrollar una racionalidad práctica. Esto significa, que en vez de cuestionar la mejor manera de hacer uso del conocimiento científico,

---

XX. Según esta perspectiva, la actividad profesional consiste en solucionar problemas instrumentales, mediante la aplicación de técnicas y teorías científicas (Schön, 1998).

sería necesario aprender mediante "un detenido examen de arte" (Schön, 1992, 25), es decir, sumergirse en aquellas competencias que ha desarrollado el profesional para manejar las zonas indeterminadas de la práctica, las cuales son independientes de otras competencias relacionadas con la racionalidad técnica. Más allá de seleccionar los problemas a resolver y los medios para solucionarlos, el arte comprende el *proceso de encuadre* del problema, es decir, el proceso a través del cual se definen las decisiones a adoptar, los fines que se deben alcanzar o los medios que pueden utilizarse (Schön, 1998). En consecuencia, surge la necesidad de investigar las manifestaciones de este arte profesional y a su vez, las maneras que tiene el profesional para poder desarrollarlas, estableciendo una clara diferencia entre el conocimiento netamente académico<sup>19</sup> y el conocimiento práctico profesional<sup>20</sup>.

A través de los planteamientos anteriormente mencionados, Schön (1992) intenta alejarse de la racionalidad técnica, que era hegemónica hasta ese momento, y propone una nueva epistemología de la práctica, la cual brinda espacio a la reflexión y que la define como *el desarrollo del arte profesional para definir un problema o improvisar frente a situaciones siempre nuevas o inciertas*, lo cual implica aspectos que van más allá de la mera acumulación de conocimientos, y más bien tienen que ver con el conocimiento tácito de las acciones y el resultado de un proceso reflexivo durante y posterior a la práctica profesional. En este contexto entonces, surge una corriente epistemológica cada vez más fuerte que defiende la naturaleza práctica del conocimiento profesional y por tanto, la necesidad del desarrollo de la reflexividad en la formación de profesionales. En este sentido, una amplia variedad de los autores consultados (Medina, 1999; Teekman, 2000; Borduas 2001; Gomes y Casagrande, 2002; Perrenoud, 2004) consideran al profesor Donald Schön como referente en temas

---

<sup>19</sup> Al hablar de conocimiento académico, se refiere a aquellas teorías y técnicas derivadas de la investigación empírica que están basadas en la aplicación instrumental de un método de solución de problemas. Esta investigación se basa en un interés técnico y reduce la reflexión a un instrumento de acción que busca el control de las situaciones y la aplicación técnica del conocimiento. En enfermería, se podría mencionar a modo de ejemplo, el conocimiento derivado de las investigaciones biomédicas farmacológicas, y su consecuente utilización en la práctica enfermera para la administración de medicamentos. Es un conocimiento desarrollado por los expertos, para la aplicación de los prácticos.

<sup>20</sup> El conocimiento práctico profesional es producto de la acción y reflexión de los profesionales que llevan a cabo dicha práctica. Es un conocimiento mucho más contextualizado y por tanto provisorio, flexible y adecuado a las situaciones problemáticas que debe gestionar el profesional en su práctica cotidiana.

concernientes a la reflexividad en la formación de profesionales. Al respecto, surgen también interesantes críticas en la literatura feminista respecto a los planteamientos de Schön cuando éste defiende que su razón para proponer una epistemología de la práctica era una crisis de confianza entre los profesionales y el desafío de la racionalidad técnica. Este mismo asunto es una preocupación feminista sobre la legitimidad del conocimiento profesional del varón. Según Clegg (1999), los principales trabajos de Schön (1998, 1992) parecían olvidar los temas relativos al género, al localizar la crisis del profesionalismo de 1963 a 1983, referenciando el impacto de la Guerra de Vietnam y el desencanto subsecuente con la ciencia. Schön no reconoce la contribución feminista a esta crítica, lo cual podría también reflejarse en el trabajo con profesiones predominantemente masculinas en sus estudios (Clegg, 1999). Todo esto llama la especial atención si se tiene en consideración que actualmente las principales profesiones en donde se ha intentado desarrollar la práctica reflexiva son en la formación de profesores, asistencia social y enfermería, todas ellas profesiones predominantemente femeninas, las cuales históricamente se han regido por regímenes de control que han limitado su autonomía profesional.

#### **4.2. ANÁLISIS CONCEPTUAL DE LA REFLEXIÓN**

La Real Academia Española define la acción de reflexionar como "considerar nueva o detenidamente algo" (RAE, 2001:1925), terminología que es consecuente con algunos postulados que serán tratados a continuación y se relacionarán con su aplicación a la práctica educativa enfermera. En este contexto, existe un amplio acuerdo en la definición del concepto de reflexividad como una revisión profunda y consciente de eventos, descrito como procesos metacognitivos de autocomunicación (Kuiper, 2009). Una especificación clara y rotundamente consensuada es que este "algo", definido por la Real Academia, corresponde en el proceso de reflexividad aquí analizado a incidentes o situaciones desconocidas o críticas que sacan del statu quo de la práctica habitual (Getliffe, 1996; Teekman, 2000; Rogers, 2001; Perrenoud, 2004; Baerheim & Jacobsen, 2005.) Estos incidentes críticos podrían tener algunas o varias de las siguientes características (Medina, 2003):

- Situaciones siempre ambiguas para el profesional, ya que dependen del contexto en el que surgen, por lo tanto su multidimensionalidad y turbulencia no permiten al profesional percibir con claridad los límites y las características del problema.
- Poseen características únicas, complejas, cambiantes e inciertas, las cuales no pueden ser resueltas solamente por la aplicación de reglas derivadas de las teorías y técnicas disponibles en el conocimiento disciplinar.
- El profesional se encuentra en un conflicto de valores entre lo técnicamente correcto o científicamente posible y lo moralmente adecuado, ya que toda solución técnicamente correcta puede tener efectos adversos para las personas implicadas.

En pocas palabras, *la reflexividad es un proceso personal de interpretación y comprensión respecto a situaciones problemáticas de la práctica que son siempre únicas y ambiguas, que están saturadas de conflictos de valores, y resultan por tanto inciertas y complejas de enfrentar para el practicante.*

Teniendo en consideración la elusividad del término que se mencionaba en un principio, es pertinente señalar que los diversos autores que han hecho referencia a este término lo han utilizado tanto como un verbo, un sustantivo, un adjetivo, un proceso y un resultado (Rogers, 2001), cuestión que podría ser reflejo de la necesidad por parte del profesorado de comprender y aplicar los procesos reflexivos en sus experiencias personales y profesionales. Así entonces, se encuentran en la literatura esfuerzos por sustituir un concepto aparentemente abstracto, teórico y lejano: *reflexividad*, por una constelación de términos más cotidianos, prácticos y cercanos a su aplicación en el desarrollo profesional. El concepto más utilizado es *Práctica reflexiva*<sup>21</sup>, el cual tiene como objetivo que los *Practicantes reflexivos*<sup>22</sup> -profesionales de una determinada disciplina y/o educadores encargados de la formación profesional- construyan un diálogo entre la realidad profesional y la reflexión sobre de la misma. Por su parte los conceptos *Aprendizaje reflexivo* (Brockbank & McGill, 2002) y *Enseñanza reflexiva* (Dinkelman, 2003) se utilizan principalmente para referirse a procesos de enseñanza

---

<sup>21</sup> Este concepto es utilizado en sus investigaciones, entre otros, por los siguientes autores: Getliffe 1996, Halliday 1998, Farrel 1999, Teekman 2000, Maggs y Biley 2000, Freidus 2000, Jay & Johnson 2002, Elisworth 2002, Haley & Wesley-Nero 2002.

<sup>22</sup> El término *Practicantes reflexivos* ha sido aplicado entre otros, por Mallik 1998; Wilshaw 2003.

aprendizaje dentro de contextos favorables a la reflexividad, en donde se utilizan didácticamente diversas estrategias para promover la misma. Estas terminologías están ocupando un lugar cada vez más prioritario en el contexto educativo, y específicamente en la formación de profesionales de enfermería, lo cual se ve reflejado en la creciente cantidad y calidad de publicaciones internacionales en textos y revistas de educación de formación profesional y de enfermería.

#### **4.3. EL PROCESO DE REFLEXIÓN**

La reflexividad es descrita tanto por teóricos como por quienes han realizado trabajos empíricos al respecto, como un proceso sin principio ni final definido, antes al contrario, se visualiza como un proceso en espiral (Rogers, 2001; Teekman, 2000; Perrenoud, 2004; Joelle & Kerry, 2002), el cual en base a incidentes críticos se abre espacio a la reflexión y reconstrucción de significados sobre la situación original dando como resultado un nuevo modo de comprenderla, un nuevo conocimiento de esa realidad y por tanto, una nueva posibilidad de actuar y de reflexionar.

Es un proceso de autoconocimiento, autoevaluación y aprendizaje continuo, (Rogers, 2001; Zabalza, 2002; Perrenoud, 2004) que incorpora recursivamente procesos de inducción y deducción, ya que al revelar la ineficacia del conocimiento existente para una determinada situación, revisa críticamente este conocimiento en la acción, logrando una transformación de las ideas anteriores como consecuencia del análisis del resultado de las acciones exploradas que el profesional pone en marcha para tratar de lidiar con la nueva situación.

Ahora bien, una característica importante del proceso reflexivo guarda relación con la construcción de significados respecto a las situaciones experimentadas y como resultado del diálogo del practicante con sí mismo y con otras fuentes de información. Al respecto, Perrenoud (2004) manifiesta que la reflexión de los enseñantes sobre su práctica facilita la creación de sentido, en la medida que permite renunciar a las evidencias y a los problemas definitivamente resueltos; antes al contrario, fomenta una

actitud de búsqueda y cuestionamientos, reconociendo la complejidad e incertidumbres de las interacciones y sus consecuencias.

Por otra parte, diversos autores plantean distintas etapas del proceso reflexivo. De ellos, el que ha suscitado mayor relevancia ha sido Schön (1992), quien recoge los componentes que generan el saber que habilita para un ejercicio competente de la práctica, los cuales son *conocer en la acción*, *reflexionar en la acción* y *reflexionar sobre la reflexión en la acción*.

*Conocer en la acción* se caracteriza por un saber virtuoso, la presencia de un *arte profesional*, que es un tipo de conocimiento que se expresa en acciones inteligentes, ya sea evidentes y observables por otros, o bien mentales y privadas. En este tipo de eventos, que son siempre conocidos para el profesional, el conocimiento utilizado en general es difícilmente descriptible por parte de quien los realiza, ya que se refleja mediante un ejercicio espontáneo y hábil que difícilmente puede ser descrito en forma verbal. Sin embargo, existe la posibilidad que mediante la observación y reflexión sobre sus acciones, el práctico logre realizar una descripción del conocimiento tácito que existe en ellas, construyendo de manera simbólica y explícita una forma de inteligencia que en sus inicios era espontánea y tácita. Ahora bien, estas descripciones de alguna manera serán una distorsión de la realidad, ya que los procedimientos, las reglas y las teorías siempre son estáticas, a diferencia del conocimiento en la acción que es siempre dinámico, ya que es la constante adaptación y anticipación de los hechos, o visualización y corrección del error, lo que le da el carácter de inteligente a dicha actividad.

Por su parte, *la reflexión en la acción* se refiere a la reflexión que se puede realizar cuando se está llevando a cabo una actividad de la cual se tiene un conocimiento tácito, y esta situación sorprende con algún hecho que no se tenía previsto, un resultado inesperado que llama la atención porque no corresponde a las categorías de conocimiento en la acción. De esta manera, se hace consciente tanto el acontecimiento inesperado, como el propio conocimiento de la situación. La reflexión en la acción no significa pararse a reflexionar, sino que es un tipo de

reflexión que no detiene la acción, sino se realiza conjuntamente con la misma. Al realizar una reflexión en la acción de manera crítica, se pueden reestructurar las estrategias utilizadas, ideando nuevas acciones para explorar los fenómenos recién observados, y por último confirmar o refutar las ejecuciones que se estaban llevando a cabo para que la situación resulte lo mejor posible.

Por último, la *reflexión sobre la reflexión en la acción* implica la reproducción de una descripción verbal y adecuada de una situación vivida; lo cual podría considerar no solamente una conversación reflexiva sobre la experiencia pasada, sino también de los resultados obtenidos, de manera de poder modificar indirectamente las acciones futuras.

Ahora bien, de una u otra manera, todos los autores que describen el proceso reflexivo coinciden en la existencia de diferentes momentos del mismo, relacionados de alguna manera con la acción y la reflexión. Sin embargo, existen ciertos desacuerdos respecto a la temporalidad de estos momentos. Schön (1992) muestra una descripción bastante clara y distintiva de cada fase, las cuales han sido anteriormente explicadas. No obstante, él mismo las reconoce como una descripción idealizada que en la realidad adquieren diferencias muy sutiles y constituyen un solo proceso. Brockbank y McGill (2002) se declaran en desacuerdo con Schön, planteando que los procesos de conocer y reflexionar en la acción son necesariamente simultáneos. Al respecto, Perrenoud (2004) hace una explicación aclaratoria cuando destaca que una acción no dura más que "instantes", por lo tanto es posible realizar reflexiones breves a partir de una acción aislada, o bien, hacer una reflexión posterior a un conjunto de acciones y sus consecuentes resultados. En conclusión, se puede advertir que no existe verdaderamente una contradicción entre los planteamientos de Schön (1992) y Brockbank y McGill (2002), ya que las acciones, el conocimiento en la acción y la reflexión en la acción, son necesariamente procesos recursivos que se van retroalimentando de manera constante. Al contrario, Van Manen (1998) insiste en que para reflexionar es necesario distanciarse de la acción pedagógica, siendo capaz de tal manera de "pensar" respecto a las situaciones pasadas, presentes o futuras y tomar decisiones para las próximas acciones. Esta postura podría parecer opuesta a la de Brockbank y McGill si no fuese por la

condición exigida por Van Manen respecto a la duración del distanciamiento para la reflexión, la cual es planteada como *momentánea*, siendo por tanto una toma de decisiones prácticamente sin pensar en medio de las acciones pedagógicas. Con todo esto, es posible concluir respecto a la temporalidad de la reflexividad que es un proceso que posee momentos diferentes, pero con límites difusos e íntimamente relacionados de manera recursiva y contextualizada, de acuerdo a la situación experimentada y al conocimiento del que disponga el práctico en cuestión.

Por otra parte, Van Manen (1998) critica el hecho que gran parte de los modelos reflexivos brindan una reconstrucción del momento interactivo de enseñar muy semejante al proceso de deliberación racional. Así, el significado pedagógico según este autor, es normativo y por tanto, muy similar al proceso de investigación científica, incluido el rigor experimental que esta posee. Este planteamiento podría vincularse a aquellos casos en que la experiencia reflexiva se reduce al cumplimiento de determinados pasos de manera inflexible y estándar, como puede ocurrir en los principiantes de la práctica reflexiva, que por su falta de experiencia y ansiedad por aprender buscan el seguimiento de fórmulas o estrategias y se limitan a su cumplimiento, dejando de lado las características propias de cada situación. En consecuencia, asumir el proceso reflexivo como la repetición de un modelo normativo sería desconocer absolutamente la compleja naturaleza de la práctica reflexiva que ha sido descrita anteriormente. En esta misma línea, Joelle & Kerry (2002) se preguntan de qué manera se podría lograr capturar la complejidad de la reflexividad en la práctica profesional, para ofrecer algunas herramientas a los estudiantes sin que ello se reduzca al seguimiento de una técnica.

Dicho lo anterior, resulta interesante el planteamiento de Perrenoud (2004) cuando defiende que para desarrollar una *postura reflexiva* es necesario formar un *habitus*, es decir, adquirir esquemas reflexivos que a lo largo de la vida puedan desarrollarse y ajustarse de acuerdo a las situaciones que experimente el profesional. Este *habitus* es una mediación entre los conocimientos y las situaciones prácticas, son estructuras relativamente estables que permiten enfrentar diferentes problemas. La gran importancia que adquiere el *habitus* radica principalmente en que gran parte de las acciones profesionales se realizan de manera inmediata o improvisando intuitivamente, no



existiendo un tiempo para detenerse a pensar en los saberes disponibles para la acción requerida. De tal manera, el *habitus* intelectual de los análisis podrían funcionar como un inconsciente práctico, de la misma forma que no sabemos precisamente cómo nos atamos los zapatos (Perrenoud, 2004).

Por su parte, Mortari (2002) utiliza la terminología “práctica de reflexión” de la misma manera que anteriormente Perrenaud se ha referido al *habitus* reflexivo, en el sentido que los procesos reflexivos constituyen un saber válido en la medida que se van sistematizando y otorgan sentido y fundamento a la propia acción:

*“Nos encontramos ante un saber que nace de la experiencia cuando las ideas y las estrategias que lo estructuran, constituyen la forma emergente de una práctica de reflexión en torno a lo vivido”* (Mortari, 2002, 155).

#### **4.4. APLICACIÓN DEL CONCEPTO EN LA PRÁCTICA EDUCATIVA-ENFERMERA**

Las experiencias relativas a la *práctica reflexiva* permiten visualizar que el propósito primordial de la aplicación de la reflexividad, tanto en la práctica educativa como en la práctica enfermera, es que sus profesionales puedan desarrollar el pensamiento reflexivo con el fin de mejorar la práctica de manera contextualizada y no reduccionista. El contexto multicultural de la sociedad actual y los diversos aspectos vinculados a la globalización han puesto en relieve en la formación de profesionales, y particularmente en los ámbitos de la enfermería, la necesidad de formar profesionales reflexivos que sean capaces de valorar integralmente a las personas y brindar cuidados humanizados pertinentes, generados del saber práctico (Rivera y Herrera, 2006).

La reflexión respecto a la práctica profesional abre las posibilidades de ampliar y mejorar la comunicación entre las instituciones de salud y educación, contribuyendo a que los estudiantes visualicen mayores vínculos entre el contexto teórico que es presentado en las aulas universitarias, y el contexto práctico que es experimentado en las instituciones sanitarias (Torsvik y Hedlund, 2008).

Ahora bien, existen algunas particularidades en los propósitos de la práctica reflexiva que de alguna manera se relacionan con las perspectivas profesionales, sociales y personales de sus autores, las cuales serán resumidas a lo largo de este apartado.

A pesar de sus potenciales resultados positivos, sigue siendo un concepto desafiante para que los educadores lo apliquen a la práctica (Rogers, 2001), especialmente si se espera enseñar a los estudiantes a desarrollar la reflexividad de manera holística, en donde el profesor se mantiene en una lucha constante entre la consideración de lineamientos específicos para la práctica reflexiva y el reconocimiento de la complejidad de este proceso, tanto por las características personales del sujeto, como por las particularidades sociales del contexto (Joelle & Kerry, 2002). De cualquier modo, su principal objetivo y resultado es el *aprendizaje*, cuya aproximación para la mayoría de los autores, sobrepasa la formación netamente académica e incluye una formación del sujeto hacia una práctica menos pragmática y más emancipatoria; una práctica que implique el respeto a la autonomía de los educandos (Faria y Casagrande, 2004). Así, Villar Angulo (1995) anhela mediante la enseñanza reflexiva incentivar ciertas facultades en los alumnos, para que ellos puedan analizar crítica y libremente el sincretismo de contenidos, medios, materiales, estrategias herméticas y versátiles de la enseñanza, criterios de evaluación que se ofrecen en las aulas, y en general, todos los eventos que se presentan dentro del universo. No menos ambicioso es el planteamiento de Medina cuando defiende que el objetivo último de cualquier programa de formación docente que intente desarrollar la reflexión, es fomentar habilidades que les permitan cuestionar, analizar, evaluar y modificar su práctica docente no solo desde la dimensión pedagógica, sino además moral y social (Medina, 2003).

En base a la convergencia de los planteamientos teóricos y empíricos de diversos autores, es posible concluir que para lograr los objetivos anteriormente planteados es necesario que tomen lugar las condiciones contextuales en la práctica reflexiva, ya que los procesos de reflexión, y por tanto los significados construidos a partir de las acciones, son consecuencias tanto de la experiencia del practicante, como de las cuestiones culturales, disciplinares o institucionales del entorno donde se desarrolla la práctica reflexiva (Getliffe, 1996). Estos elementos deberían tenerse en consideración en los procesos de enseñanza aprendizaje para utilizarlos como factores conocidos y favorables, y evitar así el riesgo de que se transformen en barreras para el desarrollo del aprendizaje (Boud & Walker 1998; Rogers, 2001).

Por otra parte, cobran también importancia las condiciones del ambiente próximo al estudiante para favorecer el desarrollo de la práctica reflexiva, como por ejemplo el

apoyo, seguridad y confianza que le pueda brindar su tutor mediante el diálogo y el refuerzo positivo de los aprendizajes. En resumen, existe la necesidad de otorgar un ambiente cómodo y seguro al estudiante para que desarrolle la práctica reflexiva (Getliffe, 1996), además de una relación de confianza entre tutor y estudiante (Rodríguez, 2012).

#### **4.5. EL PRÁCTICUM REFLEXIVO**

Un prácticum se refiere a un espacio diseñado y preparado para que los estudiantes aprendan una práctica, bajo la lógica que los estudiantes requieren aprender haciendo, pero a su vez teniendo claro que estas acciones frecuentemente son sobrepasadas por el trabajo en el mundo real. Este prácticum inicia al estudiante en la cultura del grupo profesional al que él aspira para su desempeño laboral, lo cual incluye lenguajes, relaciones, valores, limitaciones, significados, representaciones, conocimientos y repertorios de acción, entre otros aspectos, característicos de dichos profesionales. En tal sentido, el prácticum se visualiza como un enlace entre la universidad y el mundo real del desempeño profesional (Schön, 1992).

Cabe señalar que el prácticum puede tener características no reflexivas, cuando limita las acciones de los estudiantes a la aplicación de la teoría en situaciones esperadas, o bien al cumplimiento o entrenamiento de procedimientos, normas y protocolos. Tal escenario, considera el prácticum como medio para la preparación técnica, y el rol del tutor se limita a observar el desempeño del estudiante, detectar los errores y corregir. Si se ejemplifica la preparación de estudiantes de enfermería, se reconocería en este tipo de prácticum aquellos espacios donde el énfasis está puesto en la aplicación de los conocimientos de ciencias básicas, biomédicas y aplicadas aprendidas en la teoría para comprender, explicar o fundamentar las decisiones frente a las situaciones de salud enfermedad presentes en las personas que están bajo sus cuidados. También se puede ejemplificar con aquellas prácticas clínicas que poseen un listado de procedimientos de enfermería que los estudiantes deben haber realizado al finalizar su práctica para considerarse aprobada; en una práctica de enfermería quirúrgica por ejemplo, se

centraría el actuar de los estudiantes en la realización de curaciones de heridas de diverso tipo, aplicando los principios de asepsia y antisepsia<sup>23</sup>, siguiendo un protocolo de acción y utilizando los antisépticos y materiales que en la actualidad han demostrado mayor eficacia para el manejo de heridas. Por el contrario, un prácticum reflexivo facilita al estudiante el ejercicio para comprender cómo actuar de manera eficaz en un tipo de reflexión en la acción, donde reconstruye nuevas categorías de conocimiento, destrezas de acción y formas de definir los problemas mediante el desarrollo del pensamiento reflexivo. El rol del tutor por tanto, se centra en promover un diálogo reflexivo y bidireccional a partir de las experiencias y saberes de sus protagonistas, donde promueve focalizar la acción en las zonas indeterminadas de la práctica, es decir, aquellos problemas confusos que no están suficientemente definidos, prediseñados ni teorizados, sino más bien requieren de un actuar que al mismo tiempo es reflexionado y especialmente inteligente (Schön, 1992). Si se vuelve al mismo ejemplo de enfermería, un prácticum reflexivo superaría la realización de una práctica asociada a un área del conocimiento específico de enfermería, sino más bien valoraría el ejercicio transversal para el desarrollo del pensamiento reflexivo, en donde, por ejemplo, un estudiante se enfrenta a una persona que presenta mucho dolor al momento de realizar la curación de su herida, y agitación psicomotora que le impiden realizar el procedimiento. El estudiante se ve sorprendido por dicha situación, visualiza que los protocolos de acción aprendidos en las clases y talleres sobre curaciones no le permiten resolver el problema, y busca mediante el diálogo reflexivo con su tutor, experimentar las mejores alternativas de acción, encuadrando el problema de acuerdo al significado que le otorga, las experiencias previas acertadas o erradas, y las posibles consecuencias de las acciones a realizar. En base a todos estos elementos, el estudiante actúa apoyado por su tutor, y posteriormente realiza una reflexión sobre la reflexión en la acción, donde repasa y describe la situación vivida, las reflexiones realizadas al actuar y las consecuencias de sus acciones, con lo cual adquiere un nuevo conocimiento o representación de dicha situación, que se convertirá en un saber para acciones futuras:

---

<sup>23</sup> Los principios de asepsia y antisepsia se refieren a protocolos asociados a los procedimientos de enfermería que consideran la manipulación de espacios físicos y materiales, de tal forma de evitar la contaminación de aquellos que se consideran limpios, por el transporte de agentes infecciosos, provenientes de espacios o materiales sucios.

*“El hábito reflexivo provocará un cuestionamiento continuo de la práctica cotidiana, que contribuirá al desarrollo profesional de los enfermeros expertos y al aprendizaje significativo de los estudiantes. Una postura de autoobservación, de autoanálisis, de planteamiento y de experimentación, facilitará la práctica reflexiva. La práctica reflexiva se aprende con entrenamiento intenso. Al convertirse en un hábito, la reflexión, llegará un momento en el que formará parte del conocimiento tácito y oculto de los profesionales expertos”* (Rodríguez, 2012, 386).

Ahora bien, específicamente en la formación clínica de los profesionales de enfermería, se disponen experiencias de aplicación de la práctica reflexiva con los estudiantes (Getliffe, 1996; Chambers, 1999). En este contexto surge la inquietud respecto a la posibilidad de llevar a cabo el prácticum reflexivo propuesto por Schön (1992), en el cual –debido a las disciplinas con las que él trabajaba– el hecho que el estudiante pudiera cometer algún error en el desarrollo de su prácticum no otorgaba riesgo para sus destinatarios o clientes. Chambers (1999) propone la realización de “encuentros cerrados” de enseñanza aprendizaje reflexivo en un entorno real, pero con situaciones controladas, como lo es por ejemplo la preparación y el manejo de enfermería respecto a una droga, evitando así cualquier riesgo para los pacientes. Al respecto, es importante mencionar que siendo las prácticas clínicas un espacio indispensable en los procesos formativos de enfermería, el prácticum reflexivo no implicaría mayor riesgo que cualquier práctica clínica desarrollada. Antes al contrario, el hecho de contar con el adicional de *reflexivo* permite que los estudiantes sean más conscientes de sus acciones y reflexiones en torno a ellas con el diálogo reflexivo, lo cual implicaría una práctica más prudente, y en consecuencia menos riesgosa para el paciente.

En el ámbito de la formación, son interesantes los resultados del estudio de Cameron y Mitchell (1993) que evidencian la necesidad de que los docentes dejen de controlarlo todo y confíen que los estudiantes aprenderán lo que necesitan para ser eficaces practicantes, asumiendo un rol activo y responsable respecto a su aprendizaje para dejar de ser “instructor-dependiente”. Por el contrario, para que un estudiante pueda aprender de la experiencia vivida por otro profesional, es necesario que practique por sí mismo o imagine activamente las diferentes situaciones; es más, estas prácticas o

simulaciones serán más efectivas, en la medida que exijan al estudiante desarrollar su iniciativa y tomar decisiones (Benner, 1987).

Algunos autores como Scanlan y Chernomas (1997) o Burton (2000) se cuestionan si los profesores de enfermería están asumiendo e intentando llevar a su práctica el concepto de reflexión, sin entender claramente los elementos esenciales del mismo, ya que la falta de claridad en su definición es un obstáculo importante para este proceso, corriendo el riesgo de que algunas enfermeras creen que son reflexivas cuando en realidad no lo son. Al respecto, Teekman (2000) defiende que hay una asunción incuestionada que todas las enfermeras pueden ser practicantes reflexivos; sin embargo, la mayoría de los autores que se refieren al tema reconocen que la práctica reflexiva es un proceso difícil, complejo y personal que se puede lograr mediante la práctica constante y el desarrollo de una serie de condiciones que han sido descritas anteriormente; inclusive hay quienes defienden que para adoptar un acercamiento reflexivo se debería practicar desde el comienzo de su proceso de formación (Getliffe, 1996; Rodríguez, 2012). Por tanto, queda claro que si se dejan fuera los reduccionismos de creer que la práctica reflexiva se limita a la repetición de pasos predeterminados o técnicas didácticas definidas, se podría decir que la intención de ser prácticos reflexivos puede estar presente en muchos profesionales; no obstante, la verdadera práctica reflexiva es una realidad difícil de evaluar y sistematizar. En consecuencia, no se puede asumir de manera incuestionada y presumir acríticamente que todos los profesionales de enfermería pueden ser prácticos reflexivos.

#### **4.6. ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS QUE PROMUEVEN EL PENSAMIENTO REFLEXIVO**

La revisión de la literatura muestra la existencia de numerosas estrategias didácticas que tienen como uno de sus propósitos promover el pensamiento reflexivo o bien evaluarlo. Importante cuestión es destacar que estas estrategias ciertamente son necesarias para promover la reflexividad, pero claramente insuficientes por si solas, siendo relevantes también los aspectos relacionados con la historia y experiencias del aprendiz y del tutor, el diálogo y la interrelación establecida entre ambos, y el contexto donde se intenta desarrollar este proceso; en resumen toda la compleja atmósfera que implica el desarrollo de una práctica reflexiva.

Contrastando la extensa literatura teórica antes mencionada y algunas de las experiencias empíricas disponibles (Trier, 2000; Cunningham y Benedetto, 2002), es cuestionable la posibilidad de que estos docentes estén utilizando determinadas estrategias como técnicas instrumentales, creyendo que por su mera aplicación se está practicando una enseñanza reflexiva; siendo experiencias aisladas que no implican necesariamente una "forma de ser" de los profesores involucrados y del contexto educativo donde se lleva a cabo la investigación, sino más bien se pueden reducir al cumplimiento de unos determinados pasos de acción en cada estrategia.

Ahora bien, todas las estrategias disponibles tienen como denominador común el hecho de basarse como punto de partida en la detección y descripción de un incidente crítico o vacío de la práctica que hace sentir incómodo al aprendiz y a partir de la cual este último describe escrita o verbalmente la situación y las reflexiones que realiza en torno a ella (Getliffe, 1996; Teekman, 2000). Entre las estrategias utilizadas para fomentar el pensamiento reflexivo se encuentran:

#### **4.6.1. Predominantemente escritas:**

**Diario reflexivo:** se considera como uno de los medios que permitiría la realización de investigaciones más válidas en términos de reflexividad. La propuesta de distintos autores posee una aproximación sistemática con diferente estructura, en base a sus propias experiencias investigadoras y educativas, las cuales consideran en todos los casos la anotación de conversaciones dialógicas consigo mismo que describan los cambios experimentados respecto a sus percepciones iniciales de los eventos considerados (Villar Angulo, 1995; Getliffe, 1996; Mallik, 1998; Kok & Chabeli, 2002; Medina, 2003).

**Portafolios:** corresponde a una carpeta construida por el aprendiz, la cual reúne las reflexiones realizadas por el mismo, comenzando por sus expectativas u objetivos de aprendizaje y registrando luego sus experiencias ya sea en el aula o en actividades de formación práctica. Puede contener además extractos de textos, artículos o diversos materiales que hayan sido analizados por el estudiante y que hayan favorecido su aprendizaje. Este documento se elabora a lo largo de un período académico, lo cual

permite que sea un instrumento donde es posible visualizar tanto el proceso como los resultados obtenidos por el estudiante en su proceso de aprendizaje (Freidus, 2000; Elisworth, 2002; Joelle & Kerry, 2002; Feixas y Valero, 2003; Orland-Barak, 2005, Sá-Chaves, 2005, Ferreira da Silva, 2008).

**Recuento de historias y experiencias:** esta estrategia es donde el estudiante narra experiencias personales o de las que ha sido testigo y su adicional reflexión, también podría ser parte de un diario reflexivo o un portafolios (Mallik, 1998).

Existe una serie de posibles problemas que han sido advertidos por quienes han experimentado el uso de estas estrategias que utilizan como principal medio de registro la escritura del aprendiz; entre ellos se cuentan los siguientes:

- Que el alumno posponga sus anotaciones, o bien que disminuya el entusiasmo sobre el ejercicio, provocando una escritura presionada y no reflexiva (Paterson, 1995).
- Dificultad en la escritura del diario y sensación de falta de utilidad del mismo (Bellman, 1996).
- Conflictos éticos respecto a la lectura por parte del profesor de un documento con contenidos potencialmente muy sensibles y personales, pudiendo constituirse tal práctica en un abuso de la privacidad del estudiante o en el cuestionamiento de revelar o no el contenido, por su implicancia a terceros y/o a las normas institucionales (Boud & Walker, 1998; Burton, 2000).
- Posibilidad que el estudiante acomode el escrito a lo que cree que al asesor le gustaría leer (Getliffe, 1996; Hargreaves, 2004).

#### **4.6.2.Utilización de otros medios de registro además del escrito**

Las estrategias antes mencionadas pueden complementarse con otras propuestas para el desarrollo del pensamiento reflexivo que requieren de una sistematización contextualizada por parte de quienes hagan uso de ellas, entre las que cuentan:

**Supervisión de la experiencia de aprendizaje:** ocurre en un ambiente profesional natural con la retroalimentación del profesor al estudiante, además de la negociación



entre ambos respecto a la experiencia antes, durante y después del proceso (Brockbank y McGill, 2002; Medina, 2003).

**Aprendizaje Experiencial:** teniendo como punto de partida una experiencia determinada, los estudiantes observan y reflexionan sobre la misma realizando alguna abstracción que permita integrar esas reflexiones en su mente y utilizarlas como guías para mejora de la práctica posterior (Medina, 2003; Sahd, 2003).

**Encuentros cerrados:** se realizan prácticas reflexivas en torno a una situación profesional predefinida, controlando los posibles errores que pueda cometer el aprendiz y conllevar consecuencias negativas a terceras personas, en el caso de enfermería, para los pacientes (Chambers, 1999).

**Conversaciones reflexivas:** corresponde a un diálogo donde el tutor guía al estudiante mediante encadenamiento de preguntas y respuestas que sirven para explorar el pensamiento del estudiante y alcanzar el mutuo descubrimiento de ideas (Rodríguez, 2012).

**Estudio de casos:** es un método cada vez más utilizado en la formación de enfermeras, ya que permite que los estudiantes compartan sus comprensiones respecto a una situación emanada de la propia realidad profesional, y reconstruyan saberes colectivamente. En tal contexto, mediante una relación dialéctica entre la teoría y la práctica de cuidar, tienen la oportunidad de visualizar los dilemas de la práctica, los conflictos y las situaciones no del todo resueltas del mundo real.

#### **4.7. EVIDENCIAS DE LA PRÁCTICA REFLEXIVA**

Existen muchos investigadores que han trabajado en búsqueda de evidencias respecto a la plausibilidad, utilidad, aplicación y validez de los resultados de la práctica reflexiva como manera de construir o reconstruir conocimiento. En este contexto, se encontraron investigadores que argumentan una necesidad urgente de obtener

evidencias que demuestren de manera irrefutable la efectividad de la práctica reflexiva (Burton, 2000), y que consideran que existe una carencia de resultados empíricos validados, especialmente si se aclara que es diferente la experiencia de ayudar a los estudiantes a desarrollar habilidades reflexivas y el hecho de evaluar estas habilidades (Getliffe, 1996).

Existe amplia disponibilidad de literatura concerniente a la reflexividad en enfermería, pero se reclama que gran parte de ella lo plantea a un nivel discursivo o se limita a compartir las experiencias de enfermeras y educadores de la enfermería que usan la reflexión en su práctica.

Ahora bien, parece pertinente analizar desde qué perspectiva ontoepistémica se están haciendo estas demandas, ya que si -en el afán de construir conocimiento y buscar maneras válidas de hacerlo desde una perspectiva técnico racional- se intenta sistematizar y elaborar modelos fiables de práctica educativa basada en las evidencias de sus resultados, estos autores corren el riesgo de reducir lo que implica la verdadera práctica reflexiva y su finalidad de formar al aprendiz como sujeto. Probablemente, la postura de estos autores revele su buena intención de mantener el rigor metodológico racionalmente entendido para construir conocimiento. No obstante, en términos de reflexividad, esta visión seguiría manteniéndose dentro de la razón instrumental y correría el alto riesgo de simplificar la realidad a reglas generalizables, y por tanto, descontextualizadas a cada entorno educativo.

Intentando ser consecuente con la perspectiva más hermenéutica que sostiene los procesos reflexivos, y en base a los diversos trabajos revisados, destacan como resultados válidos de la práctica reflexiva aquellas evidencias situadas en contextos particulares y mediante aproximaciones mayoritariamente cualitativas, que tienen un adecuado manejo de los datos obtenidos y cumplen con los criterios de rigor metodológico cualitativo<sup>24</sup> y su consecuente obtención de resultados. Con tales

---

<sup>24</sup> De acuerdo a Guba (1983), uno de los autores más reconocidos en el área de las investigaciones con aproximaciones más cualitativas, los criterios de rigor metodológico en este tipo de estudios nombrados como naturalistas, son la *credibilidad* (se refiere a la comprobación de los datos relevantes con las personas que fueron fuente de esa información), la *transferibilidad* (se espera que los resultados sean transferibles a contextos similares, en ningún caso generalizables como leyes o normas universales a cualquier contexto), la *confirmabilidad* (los datos se confirman con técnicas de triangulación entre las diversas fuentes de recolección de información) y la *dependencia* (abarca la consideración de elementos de estabilidad y variabilidad entre los datos analizados).

consideraciones, y en consecuencia con los propósitos de la práctica reflexiva, las evidencias empíricas que avalan los beneficios de una práctica reflexiva se demuestran en trabajos que revelan coherencia con los propósitos y el complejo proceso de la práctica reflexiva, además de poseer un aspecto transversal de bastante interés que se relaciona con el resultado central que han tenido las prácticas reflexivas experimentadas, el cual ha sido el aprendizaje y/o la mejora de su práctica, ya sea como estudiante, educador, o en este caso, como profesional de enfermería. Ahora bien, algunos aspectos a destacar de los resultados de dichos trabajos son los siguientes:

#### **Desarrollo de habilidades cognitivas en el practicante reflexivo:**

- Integración de los conceptos teóricos en la práctica (Scalan et al. 2002).
- Aumento de la capacidad de desarrollo del juicio clínico y la confianza clínica en estudiantes de enfermería (Glynn, 2012).
- Mayor entendimiento de su práctica, y en consecuencia, mejora de sus futuras aplicaciones (Durgahee, 1996; Teekman, 2000; Scalan et al. 2002; Schön, 1992; Haley & Wesley-Nero, 2002).
- Aseguramiento sobre los beneficios y limitaciones de sus acciones (Rodríguez, 2012).
- Explicitación de su propio criterio para tomar decisiones en aspectos de la práctica profesional (Mantzoukas & Watkinson, 2008).
- Aumento del pensamiento lateral<sup>25</sup> y crítico<sup>26</sup> (Durgahee, 1996).
- Desarrollo de una percepción diferente de sí mismo en relación con los demás, cuando el alumno entra en un nuevo contexto que le permite ver lo que ha aprendido y desarrollar cada vez aprendizajes con mayor autonomía (Schön, 1992).

#### **Desarrollo de habilidades afectivas:**

---

<sup>25</sup> Como pensamiento lateral se entiende aquel que busca otras perspectivas de las tradicionales y no descarta a priori ninguna posible desviación; el pensamiento lateral intenta resolver problemas de maneras no ortodoxas (De Bono, 1994).

<sup>26</sup> Pensamiento crítico es un pensar contextualmente consciente, que indaga en distintas estrategias para enfrentar una situación que surge en un determinado contexto. Así, el pensamiento crítico permite reconocer que el orden establecido es solamente una posibilidad más entre muchas para construir la realidad, reconociendo el carácter dominante que normalmente existe en las relaciones que se establecen en el mundo social (Usher y Bryant, 1992; Medina, 1999).

- Aumento de confianza en sí mismos y su evolución profesional (Rodríguez, 2012).
- Avance a una mayor autoconciencia y autonomía profesional (Kinsella, 2007).
- Toma de conciencia respecto a la vulnerabilidad a la que se enfrenta como profesional y mejor autoconocimiento (O'Connell, 2008).
- Evolución hacia posturas más proactivas de su práctica profesional (Teekman, 2000).
- Fortalecimiento de habilidades de observación y escucha (Durgahee, 1996).

Por otra parte, es interesante destacar también los resultados de algunas investigaciones, que –a pesar de su aproximación más cuantitativa, y por tanto, menos pertinente a los propósitos de la práctica reflexiva- cumplen con un rigor metodológico coherente con dicha perspectiva y podrían ser referentes importantes dentro de este tipo de estudios. Sus resultados son los siguientes:

- La utilización de un razonamiento reflexivo en casos clínicos complejos afecta positivamente el modo de procesamiento para llegar a un diagnóstico preciso por parte de los residentes de medicina, en comparación con aquellos que fueron instruidos mediante el reconocimiento de patrones. Estos resultados respaldan la idea de que la práctica reflexiva pueda mejorar el diagnóstico en situaciones inciertas y únicas, reduciendo así los errores de diagnóstico (Mamede, Schmidt & Penaforte, 2008).
- Mediante una revisión sistemática respecto a las mejores evidencias en educación médica (Best Evidence Medical Education, BEME), se reportan estudios que demuestran que el portafolios mejora los niveles de autoconciencia y reflexión (Buckley et al. 2009).
- A nivel personal, los estudiantes perciben la oportunidad de autoanálisis como una experiencia liberadora, y a nivel profesional desarrollan habilidades de crítica y autocrítica, mejorando por tanto su acción en la práctica (Morrison, 1996).
- Desarrollo de un razonamiento más ético y una enseñanza pensativa, responsable y efectiva (Reinman, 1999).
- El proceso de reflexión en y sobre la acción aumentan el conocimiento de los vacíos entre la práctica cotidiana y las recomendaciones de expertos, teniendo una oportunidad para evaluar las maneras de enfrentar y cerrar ese vacío (Borduas et. al. 2001).

#### **4.8. ASPECTOS CRÍTICOS DE LA PRÁCTICA REFLEXIVA**

A raíz de las diversas experiencias y estudios tanto teóricos como empíricos, es posible advertir que existen variados componentes de la práctica reflexiva a los que se les debería prestar especial atención con el fin de evitar barreras y resultados poco adecuados o coherentes con los fines propios de la reflexividad. Estos aspectos se describen a continuación:

##### **4.8.1. Relacionados con el proceso reflexivo**

- Seguimiento de recetas en el proceso de reflexión, reduciendo el proceso al cumplimiento de pasos predeterminados, sin tener en cuenta las incertidumbres o cuestionamientos surgidos de cada evento (Boud & Walker, 1998).
- La gran cantidad de tiempo requerido para desarrollar la enseñanza reflexiva representa una de las mayores críticas (Burton, 2000).

##### **4.8.2. Relacionados con los actores de la práctica reflexiva**

- Riesgo que la práctica reflexiva sea autoconfirmadora, sacralizando la voz del practicante e interpretando que todos sus pensamientos, comprensiones o proyecciones son las más adecuadas (Brockbank & McGill, 2002). Esta situación podría evitarse si la reflexión se realizara en diálogo reflexivo, no solamente consigo mismo -experiencias, teorías, preconcepciones, sentimientos- sino también con otros -autores, teorías, profesores, pares- lo cual siempre aportaría un cuestionamiento o percepción distinta de las anteriores.
- Problemas éticos al momento de entrar en la privacidad del estudiante, cuando el profesor lee sus escritos personales, sobre todo si encuentra escritos comprometedores que causen conflictos en el profesor, respecto a revelarlos o no (Boud & Walker, 1998; Burton, 2000).

- Dificultades emocionales en el aprendiz, al exponerlo a vulnerabilidades en la práctica que pueden aumentar su ansiedad más que reducirla (Burton, 2000).
- Intelectualización de la reflexión, excluyendo las emociones del sujeto (Boud & Walker, 1998).
- Aceptación acrítica de la experiencia por parte del aprendiz (Boud & Walker, 1998).
- Que el aprendiz supere la pericia del profesor y necesite de otros colaboradores, en cuyo caso el enseñante debiera estar dispuesto a sugerirle las redes de apoyo más idóneas (Boud & Walker, 1998).
- Abuso del poder del profesor sobre sus alumnos (Boud & Walker, 1998).
- Falta de honestidad del estudiante en las reflexiones que entrega (Getliffe, 1996).

#### **4.8.3.Relacionados con el contexto**

- Inadecuación entre el tipo de reflexión propuesta y el lugar donde se desarrolla (Boud & Walker, 1998).

#### **4.8.4.Relacionados con los resultados**

- Creer que la reflexión y/o sus consecuencias pueden ser fácilmente reprimidas a áreas estrictamente perfiladas y controladas por el profesor, olvidando que la reflexión es un proceso transformador en el practicante, y por tanto aplicable a muchos –sino a todos- los aspectos de su vida (Boud & Walker, 1998).

A modo de conclusión, la reflexividad es un concepto complejo que se refiere a la comprensión e interpretación de situaciones complejas, y cuyo proceso ha sido investigado por algunos autores, entre los que destaca especialmente Donald Schön, quien lo vincula directamente con la manera en la que los profesionales construyen su conocimiento práctico para enfrentar las situaciones ambiguas y complejas del mundo real. Por su parte, se han desarrollado diversas estrategias que promueven el pensamiento reflexivo y que han sido utilizadas en los distintos niveles de formación, entre ellos a nivel universitario, y particularmente en la formación de profesionales de

enfermería. En tal contexto, las estrategias que promueven el pensamiento reflexivo son consideradas modelos de formación muy pertinentes para el aprendizaje práctico de los profesionales de enfermería, potenciando en ellos la construcción de un conocimiento práctico personal que les facilite un desempeño pertinente a la complejidad del mundo real que enfrentarán en su futuro profesional. De esta forma, los estudiantes de enfermería podrían reconocer que la realidad no es única, ni que todas las respuestas, acciones y soluciones a los problemas se encuentran predefinidos, sino que requieren de un proceso de construcción reflexiva de saberes contextualizados a cada situación particular.

## 5. CAPÍTULO 5: SOBRE LA NOCIÓN DE FORMADORES EXPERTOS

Es reconocida la necesidad de construir conocimiento sobre las conductas de enseñanza que tienen mayores probabilidades de lograr buenos resultados en los estudiantes a partir de la investigación de las buenas prácticas docentes. No obstante a lo anterior, es necesario reconocer la complejidad de las relaciones en el aula y fuera de ella, evitando posturas tecnicistas que pretendan otorgar a la actuación docente un efecto lineal sobre el desempeño de los estudiantes (Guzmán, 2009).

El interés por indagar en los desempeños y saberes de los profesores expertos para generar conocimiento se vincula con la necesidad de transferir elementos y comprensiones claves a los programas de formación del profesorado novel, estableciendo un punto de inicio para que los principiantes tengan ejemplos que les permitan avanzar en su camino hacia la experticia (Berliner, 1986a), y aplicar en su práctica elementos que influyan sobre su manera de pensar y actuar (McMahon, 2002). En tal sentido, se hace absolutamente necesario que los profesores comprendan las maneras de pensar, las concepciones y acciones que sostienen la docencia de excelencia, y comiencen a "*digerir, transformar e individualizar lo que vemos*" (Bain, 2006: 32), contextualizando cada idea planteada a lo que cada profesor es y enseña. La buena docencia se caracteriza por estar abierta al cambio, el profesor busca los efectos de la docencia en el aprendizaje de los estudiantes y plantea cambios de acuerdo a las evidencias con las que se va encontrando (Benedito y Formosinho, 1999).

Utilizar los enfoques pedagógicos de los profesores extraordinarios nos puede ayudar a construir un entendimiento propio respecto a los entornos favorecedores del aprendizaje y la habilidad para adaptarse a nuevos contextos, dejando de lado los convencionalismos que dificultan la búsqueda de mejores soluciones a las situaciones educativas con las que nos enfrentamos (Bain, 2006).

Existen variados estudios que se refieren al conocimiento y a la práctica de los profesores expertos, no obstante, si acordamos que la experiencia no necesariamente es sinónimo de experticia (Brawn, 2002), se pueden reconocer algunos problemas centrales que se intentarán esclarecer en el presente capítulo y que se relacionan por una parte, con la definición de los criterios utilizados para reconocer a un profesor experto, y por otra, con la distinción entre la expertiz y la experiencia docente (Berliner, 1986b).



## **5.1. LA EVOLUCIÓN DE PRINCIPIANTE A EXPERTO**

En la búsqueda de extrapolar las experiencias investigativas y poder visualizar claramente las diferencias entre los desempeños de principiantes y expertos, de manera creciente han aumentado los estudios en este ámbito. La posibilidad de establecer orientaciones de acción, modelos de razonamiento y contenidos del conocimiento de los profesores expertos, para incluirlos como ejemplos en los programas de formación de profesorado principiante, ha sido uno de los motivos de tal progresión investigativa (Medina, 2006).

### **5.1.1. La evolución de principiante a experto según Dreyfus y Dreyfus**

Uno de los principales referentes respecto a la evolución de principiantes a expertos, lo constituye el trabajo de Dreyfus & Dreyfus<sup>27</sup> (1982), quienes después de varios años de estudio proponen un modelo de estadios por los que todo estudiante o profesional debutante evoluciona hasta llegar a tener una actuación experta. Este proceso depende del uso de algunas habilidades mentales al enfrentar una situación, que se vinculan con la capacidad de reconocer los componentes de la situación, discriminar aquellos relevantes de los que no lo son, lograr una comprensión holística de la situación y tomar decisiones pertinentes (Medina, 2006).

Cada uno de los estadios establecidos es una muestra de cambios en tres dimensiones de la actuación del experto, que son claramente explicados por Medina (2006): el primer cambio se refiere a la evolución de la supeditación de declaraciones abstractas a la utilización de las experiencias pasadas como modelo concreto. El segundo cambio corresponde a una variación de la manera en que el principiante percibe una determinada situación, en la cual ésta se aprecia cada vez en menor medida

---

<sup>27</sup> Stuart Dreyfus, matemático y analista de sistemas, y Hubert Dreyfus, filósofo, elaboraron un modelo de adiestramiento o capacitación técnica (adquisición de aptitudes o habilidades) basado en el estudio de los jugadores de ajedrez y de los pilotos aéreos. Para mayor detalle véase: Dreyfus (1979, 1982) y Dreyfus y Dreyfus(1980, 1985).

como un agregado de partes igualmente destacables y más como un todo único y global. Y el tercer cambio implica el movimiento de una postura de observador *imparcial* a la de ejecutor *comprometido* en la acción, donde el sujeto participa plenamente en la situación, en lugar de mantenerse al margen de la misma. Considerando estos cambios como parte del desarrollo profesional, los docentes pueden evolucionar en los cinco estadios descritos a continuación (Medina, 2006, 133-135):

***Principiante.*** La conducta regida por las reglas, típica del principiante, es en extremo limitada e inflexible, dado que su comprensión de la situación depende inicialmente de la aplicación de modelos formalizados. Su análisis de la situación problemática estará determinado por la mayor o menor presencia de los componentes de la misma en los modelos formales que conoce y no por la identificación de los componentes situacionales (Angulo Rasco, 1999: 288). El núcleo de la dificultad radica en el hecho de que, considerando de que el principiante no tiene experiencia de la coyuntura o situación que afronta, es preciso darle unas directrices abstractas que encaucen su actuación. Pero el apego a las normas es antagónico de la ejecución exitosa. Los modelos formales contienen procedimientos que toman en consideración un rango limitado de aspectos que el principiante debe conocer. Esos modelos evitan que el principiante tome decisiones inapropiadas, pero no le ayudan a identificar la mejor elección en una situación dada. Es un hecho que si se obliga a los profesionales expertos a supeditarse a los detalles de los modelos formales, su labor se resiente negativamente. Este extremo pone de relieve las premisas de carácter situacional basadas en la experiencia del modelo Dreyfus, que distingue entre el grado de competencia o pericia que puede alcanzarse mediante las enseñanzas teóricas impartidas en el aula, y el discernimiento y la destreza sujetos a las circunstancias, que únicamente se adquieren en situaciones reales. Sin embargo, a partir de un cierto grado de experiencia, el docente principiante puede ir identificando aspectos de situación de manera más independiente de los modelos formales, aunque es incapaz, todavía, de discriminar entre dichos componentes.

***Principiante avanzado.*** Los principiantes avanzados son los que pueden acreditar una ejecución marginalmente aceptable. Se trata de docentes que han afrontado suficiente

número de situaciones prácticas para observar los componentes situacionales significativos y recurrentes que en el modelo Dreyfus se denominan "aspectos de la situación". Contrariamente a los atributos fuera de contexto y a la relación de tareas y estudio de procedimientos que el principiante tiene que asimilar y aplicar, los *aspectos de la situación* requieren experiencia previa en situaciones reales para poder ser reconocidos y clasificados como tales. Estos comprenden rasgos globales, de índole general, que sólo pueden detectarse si el sujeto tiene experiencia.

**Competente.** La condición de competente, tipificada en el docente que lleva de dos a tres años desempeñando una labor en las mismas o análogas circunstancias, se pone de manifiesto cuando el profesional empieza a valorar sus iniciativas en función de objetivos o planes de largo alcance perfectamente asumidos (Elliott, 1993a: 75). El plan determina qué atributos y qué aspectos de la situación presente y de la prevista en el futuro deben conceptuarse como más importantes y cuáles pueden omitirse. Por ello, en el caso del docente competente un plan elabora una perspectiva y se asienta en una visión notablemente consciente, abstracta y analítica de la cuestión. En este estadio, el docente competente empieza a elaborar "modelos" situados de comprensión que son idiosincrásicos y personales. Para ello emplea sus capacidades ya desarrolladas de reconocimiento, discriminación y reflexión situada.

**Competente avanzado.** El docente competente avanzado percibe las situaciones como un todo y no en función de los elementos. En este momento la percepción de la situación ya no es fruto de una reflexión previa sino que se presenta espontáneamente, asentada en la experiencia de casos similares, concibiendo la situación como un todo porque entiende su significado en términos de objetivos a largo plazo. El docente aprende de la experiencia qué episodios cabe esperar en una coyuntura dada y cómo hay que modificar los planes en función de estos sucesos. Debido a esta capacidad para identificar situaciones globales en la experiencia, el docente está ya en condiciones de apreciar en qué casos no se plasma el cuadro completo. Esta comprensión global mejora las decisiones que toma; se trata de decisiones menos trabajadas, porque el docente ya tiene una idea general de cuáles de los atributos y aspectos concurrentes son realmente importantes. Así como el docente competente aún no tiene experiencia suficiente para

identificar una situación basándose en una apreciación de conjunto o en función de aspectos más relevantes, el competente avanzado toma en cuenta un menor número de alternativas y se centra en un área precisa del problema.

**Experto.** El profesional experto ya no necesita de un modelo formal y descontextualizado para que la comprensión de la situación se traduzca en una iniciativa idónea. El docente experto, que a estas alturas ha hecho un tremendo acopio de experiencia, capta por vía intuitiva 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 las que le obligaría la dependencia de procedimientos formalizados. Es decir, aunque los docentes expertos pudieran reconstruir la lógica de sus acciones, éstas se basan en una lógica en uso de funcionamiento cualitativamente distinto a aquélla que dirige los procedimientos formalizados (Elliott, 1993b: 76).

#### **5.1.2. Los aportes de Guy Le Boterf respecto a los niveles de profesionalismo**

Por su parte, Guy Le Boterf (2007) establece tres niveles de profesionalismo que poseen diferencias significativas en la manera de actuar de expertos, profesionales confirmados y debutantes, los cuales tienen interesantes similitudes con las propuestas de los hermanos Dreyfus en términos de la utilización de los protocolos y normas descontextualizadas por parte del debutante o principiante, además del actuar intuitivo, experimentado y de comprensión global y contextualizada que realiza el profesional experto. La tabla que se presenta a continuación expone las principales características de cada uno de los niveles profesionales propuestos por Le Boterf.

Tabla N° 1: Los tres niveles de profesionalismo (Adaptado de Le Boterf, 2007, 60-61):

	<b>Enfoque / método de intervención</b>	<b>Contextualización del conocimiento</b>	<b>Meta-conocimiento</b>	<b>Gestión del Tiempo</b>	<b>Autonomía</b>	<b>Imagen de sí mismo</b>	<b>Confianza</b>
<b>EXPERTO</b>	Comprende inmediatamente la situación y reacciona de manera intuitiva y espontánea, sin guiarse por normas explícitamente. Implementa estrategias integrales, discriminando lo esencial de lo que no lo es. Además es capaz de reconocer pequeñas señales y anticiparse a las situaciones.	El conocimiento que posee lo moviliza de manera ágil y de acuerdo al contexto.	Organiza el conocimiento a partir de patrones o de teorías de la acción. Es consciente de las posibilidades que le brindan los recursos pedagógicos que posee.	Tiene facilidad para actuar rápida y operativamente, pero sabe elegir los ritmos adecuados.	Puede fijar límites e interpretar las reglas con total autonomía, pudiendo incluso crear sus propias reglas y abandonar las normas establecidas.	Es congruente, tiene confianza en sí mismo, conoce los límites y fortalezas de su competencia.	Alta regularidad de su competencia.
<b>PROFESIONAL CONFIRMADO</b>	Toma decisiones de manera analítica y en base a un diagnóstico y objetivo claro, adaptando las normas al contexto. Tiene limitada confianza en la intuición.	El conocimiento utilizado es contextualizado.	Tiene buen manejo de sus conocimientos, habilidades y competencias.	Tiene control sobre los tiempos utilizados.	Puede interpretar las normas, abandonándolas progresivamente.	Confía en sus habilidades y conocimientos.	Fiabilidad.
<b>DEBUTANTE</b>	Posee visión parcial de una situación, se centra en detalles y le dificulta distinguir lo relevante de lo accesorio. Actúa por ensayo y error, progresando analíticamente. Poco o ningún uso de la intuición, haciendo alto uso de las normas y procedimientos, independientemente del contexto.	El conocimiento utilizado es general y no contextualizado.	Conoce uso potencial de sus recursos. Posee un conocimiento incompleto y tiene poca capacidad de utilizarlo oportunamente. Permanece en la superficie de los problemas.		Baja autonomía y fuerte uso de reglas.		Poca confiabilidad en sus éxitos.

Los estadios propuestos tanto por Le Boterf, como por Dreyfus y Dreyfus, no presentan momentos estancos y unívocos del desarrollo profesional, sino más bien dan cuenta de tendencias en las evoluciones en diferentes ámbitos que los profesionales van evidenciando en sus desempeños y comprensiones de manera progresiva y difuminada, las cuales también se ven influenciadas por características individuales y contextuales. Dichos desarrollos, en cualquier caso, favorecen entender que la evolución al desempeño experto, por una parte, no es símil del cúmulo de experiencias, y por otra, que no contemplan aprendizajes solo por ensayo y error, sino más bien son evoluciones respecto a las comprensiones y visiones globales que realiza el profesional en las situaciones que enfrenta, además del uso de la intuición y del reconocimiento del contexto, con su consecuente desarraigo de las normas y protocolos aprendidos durante su formación.

- En el contexto antes señalado, las propuestas de Dreyfus y Dreyfus han sido utilizadas por variados investigadores (Arroyave-Bernal, 2011; Elliott, 1993b; Benner, 1987) para indagar en ámbitos profesionales más específicos, no solamente en lo referido al desempeño de los profesionales expertos, sino además en la búsqueda por comprender cómo transcurre el proceso de convertirse en experto, qué conocen los expertos y cuáles son los procesos que explican las diferencias entre los profesionales en los distintos estadios entre debutante y experto. A partir de las investigaciones antes mencionadas, pueden extraerse las siguientes conclusiones respecto al conocimiento experto (Medina, y Borrasca, 2013):
- La pericia de los profesionales expertos está siempre vinculada a un conocimiento altamente especializado y concreto, de un dominio en particular.
- El conocimiento experto es de naturaleza tácita.
- El profesional experto posee un conocimiento organizado que le permite visualizar variada y copiosa información de manera simultánea.

### **5.1.3. La concepción de Donald Schön acerca del desarrollo de la pericia profesional**

Se dispone de planteamientos altamente relevantes respecto a la formación de profesionales competentes para el mundo de la práctica, los cuales son derivados de los trabajos de Donald Schön, en su interesante búsqueda hacia aproximaciones más reflexivas para comprender y gestionar el conocimiento profesional y la formación de profesionales bien preparados para resolver adecuadamente los problemas del mundo real. El trabajo de Schön intenta superar las limitaciones que presenta el tradicional currículum basado en la racionalidad técnica, que tiene como importante restricción el hecho de no considerar una preparación para actuar de manera eficaz y ética en las áreas indeterminadas de la práctica (Schön, 1998, 1992).

La visión dominante de la práctica profesional y su relación con el conocimiento académico, aborda los problemas de la práctica mediante la aplicación de conocimientos derivados de investigaciones sobre problemas claramente delimitados. Al respecto, uno de los aspectos más potentes del análisis empírico que ha hecho Schön, es dilucidar las limitaciones de esta racionalidad técnica para comprender que los problemas de la práctica no son precisamente bien definidos y repetitivos; más bien son situaciones problemáticas que poseen características únicas, inciertas, ambiguas y saturadas de conflictos de valores. Según este mismo autor, en la práctica profesional existe un terreno elevado y sólido donde los profesionales pueden aplicar efectivamente la teoría y las técnicas derivadas de la investigación; pero existe también un terreno bajo y pantanoso donde las situaciones son mucho más complejas, y por tanto son imposibles de resolver de manera netamente instrumental (Schön, 1998).

A través de los planteamientos anteriormente mencionados, Schön (1992) intenta alejarse de la racionalidad técnica que era hegemónica hasta ese momento, y propone una nueva epistemología de la práctica, la cual brinda espacio a la reflexión, que la concibe como el desarrollo del arte profesional para definir un problema o improvisar frente a situaciones siempre nuevas o inciertas, lo cual implica aspectos que van más allá de la mera acumulación de conocimientos, y más bien tienen que ver con el conocimiento tácito de las acciones y el resultado de un proceso reflexivo durante y posterior a la práctica profesional. En este contexto entonces, surge una corriente

epistemológica cada vez más fuerte, que defiende la naturaleza práctica del conocimiento, y por tanto, la necesidad del desarrollo de la reflexividad en la formación de profesionales (Schön,1992; Medina, 1999).

Ahora bien, si se hace una transferencia de estos planteamientos a la formación y práctica enfermera, se puede ver que tanto las experiencias teóricas como empíricas desarrolladas en torno a la reflexividad, se relacionan básicamente con la formación universitaria de profesionales y el consecutivo aprendizaje de los estudiantes. Pocos trabajos reflejan las consecuencias que puede tener la práctica enfermera reflexiva en la mejora de los cuidados al paciente. No obstante, algunos autores manifiestan explícitamente que el principal objetivo de la práctica reflexiva es que mediante la atención de un profesional autónomo, pensativo y conocedor, se mejore la calidad de cuidado a los pacientes (Medina, 1999; Durgahee, 1996), fundamentando que la actividad de enfermería tiene lugar en un contexto ambiguo y complejo, por tanto es imposible una sistematización por medio de la mera aplicación de conocimientos científicos.

#### **5.1.4.El conocimiento experto en la práctica enfermera: la aportación de Patricia Benner**

Los textos a los que se hace mayor alusión en las investigaciones teóricas o empíricas relacionados con la reflexividad en enfermería, son los derivados de las investigaciones de Patricia Benner (1987), quien con su trabajo "From novice to expert" (1984) demuestra mediante un estudio fenomenológico hermenéutico realizado con enfermeras noveles y expertas, cómo cambia la manera de enfrentar situaciones que tuvieron repercusiones importantes en el estado de los pacientes a medida que las enfermeras van adquiriendo experiencia profesional. El trabajo de Benner revela que las enfermeras expertas, mediante procesos reflexivos, van construyendo un virtuosismo avalado en un conocimiento tácito y una alta sensibilidad que les facilita reconocer rápidamente situaciones en las que deben intervenir, sin detenerse a analizar los detalles que componen el evento, sino que otorgando una mirada holística del mismo. En este proceso, ellas cambian su orientación intelectual, integran y discriminan sus



conocimientos, y adaptan sus criterios para tomar decisiones de manera diferente al mero seguimiento de modelos, como lo habían aprendido en las escuelas de formación.

Las enfermeras expertas poseen un *virtuosismo o arte* de la pericia clínica, el cual aporta a la construcción del conocimiento clínico en la medida que se hace explícito y visible para sí mismas y para los aprendices, mediante el diálogo reflexivo planteado por Schön (1992). Así entonces, si las enfermeras expertas logran reflexionar de manera descriptiva e interpretativa respecto a sus capacidades para identificar diversos contextos, significados y características de su arte profesional, podrán reconocer sus habilidades y explicitar las diferencias cualitativas que han logrado detectar en cada situación para actuar de manera acertada y eficiente. Este trabajo es una potente muestra de cómo los procesos reflexivos en los profesionales de enfermería permiten mejorar la práctica, y se ha convertido en un pilar fundamental para numerosos debates, estudios y experiencias de aplicación de estrategias reflexivas en la formación de enfermeras/os y propuestas curriculares que incorporan el prácticum como manera de fomentar el desarrollo del pensamiento reflexivo en la formación de profesionales de enfermería.

El estudio realizado por Patricia Benner demuestra que el juicio clínico del profesional de enfermería experto procede de una comprensión global y cualitativa de las situaciones que enfrenta, y que posee dos particulares características:

1. *Esquemas de reconocimiento*: se refiere a la capacidad perceptual que tiene la enfermera experta, que le permite reconocer de manera inmediata las configuraciones y relaciones sin realizar un análisis específico de los elementos del modelo o patrón.
2. *Sentido de prominencia ("saliencia")*: describe la habilidad de distinguir aquellos datos relevantes de los que no lo son, pudiendo discriminar las observaciones que más destacan y que servirán de guía para las próximas acciones. En tal contexto, el proceso de observación continuada que realiza la profesional experta, será lo que le permita identificar las características prominentes o sobresalientes de dicha situación.

## 5.2. LOS MEJORES FORMADORES EN OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES

Uno de los criterios que varios estudios (Medina y Jarauta, 2013; Guzmán, 2009; Bain, 2006) vinculados con el desempeño de los profesores expertos, o con el conocimiento experto, reconocen como una fuente válida y relevante, se refiere a la opinión de los estudiantes respecto a quiénes son los mejores formadores y cuáles son sus principales características:

*“Los verdaderos maestros de la educación superior, y para lo superior, son los que adquieren el derecho de asilo permanente en la memoria del discípulo... la maestría del verdadero maestro será el acertado equilibrio entre el ser y el ineludible parecer, entre la natural estima de sí mismo, objetiva y humilde (la humildad es realidad) y el reconocimiento externo”* (Timaná, 2006, 192-193).

Los docentes expertos, según los propios estudiantes, explicaban de manera tal que eran capaces de lograr que ellos aprendieran, incidiendo muchas veces además en la relación pedagógica y en el clima de aula (Guzmán, 2009).

Los estudiantes dan testimonios consistentes e impresionantes no solo respecto a clases entretenidas o profesores que les agradan, sino también sobre lo que hacían los profesores para que ellos se interesaran intelectual y educativamente, aprendieran y obtuvieran buenos resultados no sólo en los exámenes finales, sino también después de éstos, lo cual les hacía sentirse realmente satisfechos con la docencia impartida. El trabajo de Bain (2006) entrega bastantes datos respecto al desempeño de los mejores profesores universitarios desde la perspectiva de los estudiantes. En tal sentido, los alumnos expresaron que las clases de los mejores formadores les ayudaban no sólo a recordar, sino sobre todo a comprender, lo cual como resultado también les permitía recordar de manera significativa y obtener buenos resultados al finalizar los cursos. Un grupo de estudiantes destaca más bien un grado importante de influencia mantenida en tiempos superiores al período del curso y los efectos provocados en ellos que sobrepasaban los aprendizajes de contenidos, destacando por ejemplo, la posibilidad de nuevas relaciones, planes y desafíos futuros, motivación por buscar nuevos aprendizajes más allá de lo tratado en clases, utilización de argumentos y evidencias obtenidas. Los

estudiantes experimentan una sensación de control sobre sus procesos formativos, trabajan con otros de manera colaborativa, confían en la imparcialidad y honestidad con la que procederá su profesor. Llama la atención expresiones de los estudiantes que definen los cursos impartidos por los mejores profesores como aquellos que:

*“habían transformado sus vidas”, “lo habían cambiado todo” e incluso “habían sacudido sus cabezas” (Bain, 2006, 20).*

En síntesis, los estudiantes perciben que sus buenos profesores les permitieron aprender significativamente más allá de los aspectos vinculados con el conocimiento y el aula, motivándolos y potenciándolos a pensar de manera distinta, lo cual en definitiva puede incluso llegar a cambiar sus vidas.

### **5.3. CONCEPCIÓN Y DESEMPEÑO DE LOS PROFESORES EXPERTOS**

Existe una diversidad de perspectivas desde las cuales abordar la noción de formador experto, sin embargo, varios elementos son coincidentes en todas ellas. Un aspecto convergente se refiere a la no existencia de un modelo único e ideal de buen profesor (Bain, 2006; Gros y Romañá, 1995), más bien el buen profesor tiene características que en su propio contexto adquieren sentido para la obtención de buenos resultados con los estudiantes, considerando también que dichos “buenos resultados” pueden entenderse desde diferentes perspectivas. El presente apartado intentará esclarecer el concepto de profesor experto, relevando particularmente aquellas capacidades que de manera evidente reflejan prácticas docentes que favorecen el aprendizaje de los estudiantes de manera integral y compleja, reconociendo que aún así, no existe una relación unívoca entre la buena práctica docente y el buen desempeño del estudiantado (Guzmán, 2009).

Según Hernández (2002), un buen profesor será quien, teniendo un buen conocimiento de su materia, es capaz de comunicar fluidamente dichos conocimientos, lo cual sería coherente a una mirada más bien conductista de la educación, ya que se la entiende como un proceso donde lo relevante es la transmisión del conocimiento de manera unidireccional.

Ahora bien, desde una concepción más amplia, el buen profesor sobrepasa la mera transmisión de conocimientos, asumiendo un rol de facilitador que ayuda al estudiante a construir significados de manera activa para comprender de mejor manera el mundo que le rodea. En tal sentido, una definición de profesor experto que cobra sentido para el contexto actual y la presente investigación es la realizada por Ken Bain (2006) cuando se refiere a los profesores "extraordinarios", los mejores profesores de la universidad donde investigó:

*"Habían logrado un gran éxito a la hora de ayudar a sus estudiantes a aprender, consiguiendo influir positiva, sustancial y sostenidamente en sus formas de pensar, actuar y sentir"* (Bain 2006, 15).

Esta definición puede ser bastante simple de comprender, pero a su vez muy compleja y potente en términos de ser un aporte significativo en el aprendizaje de los estudiantes, tanto en aspectos cognitivos, afectivos y actitudinales, promoviendo una formación universitaria integral para los profesionales que allí se preparan, cuestión que es de importancia sustancial para el presente trabajo.

#### **5.4. EL FORMADOR EXPERTO Y SU DOMINIO DISCIPLINAR**

El buen profesor sabe lo que debe enseñar y cómo debe enseñarlo (Gros y Romañá, 1995), maneja de manera intensa, amplia y actualizada la materia que enseña y los saberes vinculados a sus áreas de desempeño, y posee un conocimiento de estructuras profundas que está organizado de manera coherente y útil (Medina y Jarauta, 2013; Guzmán, 2009). El hecho de conocer a cabalidad los procesos históricos involucrados, incluidas las tensiones y controversias desarrolladas en la evolución de sus disciplinas, le permite reflexionar de manera profunda respecto a la naturaleza del pensamiento vinculado a sus campos del saber, además de facilitar la tarea de organizar el conocimiento, distinguiendo los conceptos fundamentales y la progresión de ellos (Bain, 2006).

La combinación entre la experiencia como enseñante, además del conocimiento de la materia y de las características de los estudiantes que poseen los buenos formadores, les permite tener claridad en cómo enseñarla (Medina y Jarauta, 2013; Gros y Romañá, 1995), pudiendo referirse a sus estudiantes de modo sencillo y comprensible sobre

materias complejas, además de mostrar de manera estimulante los aspectos esenciales de dichos saberes (Gibson, 2009), reconociendo a su vez lo mucho que desconocen, o bien compartiendo discretamente con sus estudiantes algunas experiencias iniciales de sus procesos de formación que resultaron dificultosas, además de estrategias que les han servido para recordar, aprender o comprender saberes, lo cual los ubica en un plano más cercano a los estudiantes (Bain, 2006).

#### **5.4.1.El Conocimiento Didáctico del Contenido: la aportación de Lee Shulman**

Lee Shulman pronunció en 1983 una conferencia en la Universidad de Austin (Texas) que tituló “El paradigma perdido en la investigación sobre la enseñanza”. En esa intervención, Shulman sostenía que una de las limitaciones del programa de investigación del “Pasamiento del Profesor” era haber obviado el análisis de la comprensión que el docente tiene del contenido de su materia y de cómo esta comprensión interactúa con sus saberes pedagógicos en el momento de la enseñanza. Tres años más tarde, Shulman articula esa relación con la presentación de un nuevo y potente constructo que denominó *Pedagogical Content Knowledge* (Conocimiento Didáctico del Contenido, en adelante CDC) y que representa:

*“[...] las formas más útiles de representación [...], analogías, ilustraciones, ejemplos, explicaciones y demostraciones, es decir, las formas de representar y formular el tema que lo hacen comprensible a los otros [...] además de la comprensión de lo que hace fácil o difícil el aprendizaje de un tema concreto: las concepciones e ideas previas que los estudiantes de diferentes edades traen al aprendizaje” (Shulman, 1986, 9).*

Construido en la práctica y desde la práctica a través de un proceso de organización y transformación, incluye la comprensión de lo que significa la enseñanza de un tópico particular y de los principios, técnicas y maneras de representar didácticamente ese contenido (Abell, 2008). El CDC es aquel conocimiento específico que poseen los docentes acerca de cómo enseñar un contenido concreto a un grupo de estudiantes con la finalidad de promover la comprensión y adquisición de competencias, fruto de un largo proceso y que algunos autores sitúan como propio de los docentes expertos (Bolívar, 1993; Loughran, Mulhall y Berry, 2008). Se traduce en una habilidad

para comprender todos los niveles y formas de la materia, de tal manera que el profesorado pueda hacerla después comprensible al alumnado. No sólo incluiría la comprensión de la disciplina en sus niveles sintáctico (los procesos de investigación propios de cada disciplina) y sustantivo (los hechos, fenómenos, conceptos, teorías, modelos y paradigmas de cada disciplina), sino también su ubicación en el plan de estudios, su relación con otras materias, elementos que potencian o dificultan su aprendizaje y las preconcepciones del alumnado (Gess Newsome & Lederman, 1999).

Shulman (1986) propone su Modelo de Razonamiento Pedagógico y Acción que queda recogido en el cuadro nº1, para explicar el proceso de elaboración y utilización del CDC. Según dicho modelo, el profesorado transforma el contenido en algo enseñable y comprensible para los alumnos, con mayor o menor grado de conciencia. Una vez que el docente define el contenido a enseñar, selecciona los materiales a utilizar, los ejemplos, explicaciones, metáforas, etc., con el fin de adaptar este contenido a sus estudiantes considerando sus intereses, edad, saberes previos, entre otras características, transformando de tal manera el contenido abstracto en algo comprensible y contextualizado. Este proceso no es exclusivamente técnico, ni reflexivo (Grossman, 2005), y no contempla sólo el dominio del contenido o de técnicas didácticas, sino es una combinación de todo lo anterior orientada pedagógicamente (Shulman, 1986). Tal como lo señala Gess-Newsome & Lederman (1999), este conocimiento se ve influido por la historia personal del profesor y se elabora a través de una síntesis idiosincrásica entre el conocimiento pedagógico general, el conocimiento de la materia y el conocimiento de los alumnos.

Cuadro N° 1: Modelo de Razonamiento y Acción Pedagógico (Shulman, 1986)

<b>MODELO DE RAZONAMIENTO Y ACCIÓN PEDAGÓGICO</b>
<p><b>Comprensión</b> De objetivos, estructuras de la materia, ideas dentro y fuera de la disciplina.</p>
<p><b>Transformación</b>  <i>Preparación:</i> interpretación y análisis crítico de textos, estructuración y segmentación, creación de un repertorio curricular y clarificación de los objetivos.  <i>Representación:</i> uso a partir de un repertorio de representaciones que incluye analogías, metáforas, ejemplos, demostraciones, explicaciones, etc.  <i>Selección:</i> escoger a partir de un repertorio didáctico que incluye modalidades de enseñanza, organización, manejo y ordenamiento.  <i>Adaptación y ajuste a las características de los alumnos:</i> considerar los conceptos, preconceptos, conceptos erróneos y dificultades, idioma, cultura y motivaciones, clase social, género, edad, capacidad, aptitud, intereses, concepto de sí mismo y atención.</p>
<p><b>Enseñanza</b> Manejo, presentaciones, interacciones, trabajo grupal, disciplina, humor, formulación de preguntas y otros aspectos de la enseñanza activa, la instrucción por descubrimiento o indagación, además de las formas observables de enseñanza en la sala de clases.</p>
<p><b>Evaluación</b> Verificar la comprensión de los alumnos durante la enseñanza interactiva. Evaluar la comprensión de los alumnos al finalizar las lecciones o unidades. Evaluar el propio desempeño y adaptarse a las experiencias.</p>
<p><b>Reflexión</b> Revisar, reconstruir, representar y analizar críticamente el desempeño y el de la clase, y fundamentar las explicaciones con evidencias.</p>
<p><b>Nuevas maneras de comprender</b> Nueva comprensión de los objetivos, la materia, los alumnos, la enseñanza y sí mismo. Consolidación de nuevas maneras de comprender y aprender de la experiencia.</p>

El cuadro anterior, revela los numerosos elementos que influyen en la relación entre razonamiento pedagógico y acción, lo cual pone de manifiesto que la construcción del Conocimiento Didáctico del Contenido no se da de manera automática a partir de la práctica, sino que requiere procesos reflexivos constantes por parte del profesor en los diferentes momentos de su enseñanza y en torno a sus diversas experiencias. Este

contenido se ve afectado además por los valores y concepciones que signifiquen para el profesor ser formador en determinados contextos educativos (Bolívar, 1993).

Ahora bien, el CDC de los profesores expertos universitarios está directamente vinculado, por una parte, con la comprensión que tienen de las materias, y por otra igualmente relevante, con los contextos específicos en los que los profesores se desempeñan. Este conocimiento se obtiene y mejora en la misma práctica, necesitando no solamente la ocurrencia de eventos que acumulen experiencia, sino además de la comprensión y reflexión respecto a las relaciones entre dichas experiencias, las estructuras disciplinares y las características que adopta el aprendizaje de los estudiantes en cada contexto particular (Medina y Jarauta, 2013).

De cierta manera, el formador experto es capaz de pensar metacognitivamente, analizando su propia manera de abordar la disciplina, sus aspectos epistemológicos y la calidad de dichos procesos. Como consecuencia a esta lógica de pensamiento, estos profesores buscan en su desempeño como formadores ayudar a los estudiantes a razonar con las ideas, situaciones o lecturas planteadas durante los cursos, de manera que puedan construir su propia comprensión del conocimiento.

Dada la relevancia que adquieren en los estudios vinculados al conocimiento de los profesores expertos sus experiencias personales y procesos reflexivos, parece importante hacer referencia a los estudios sobre el conocimiento práctico de los docentes, los cuales reconocen a la misma práctica docente como el origen y expresión de dicho conocimiento. Estos estudios, intentan profundizar respecto a las actividades de aula, los conflictos y decisiones de los docentes, así como también los fundamentos que les llevaron a tales elecciones (Wittrock, 1997).

Uno de los trabajos referentes en esta área de estudios corresponde a las investigaciones realizadas por Elbaz (1981 y 1983), quien evidencia que el carácter personal y tácito del conocimiento práctico dificulta al profesor formalizarlo verbalmente y poseer una concepción clara del mismo. Este conocimiento tácito es no lineal, integrado, holístico y está impregnado de un significado personal (Elbaz, 1991). El conocimiento práctico, según la misma autora, estaría conformado por cinco categorías: conocimiento de sí mismo, del contexto educativo, de la materia, del currículum y de la instrucción o interacción con alumnos.



Ahora bien, reconociendo el conocimiento práctico como personal y experiencial, existiría un significado propio para cada docente de acuerdo a las experiencias que va enfrentando. En tal contexto, el conocimiento práctico también se va modelando socialmente y tiene un carácter situacional, en el sentido de ir contextualizándose e integrándose a las situaciones concretas en las que se debe poner en marcha. En última instancia, Elbaz plantea que el conocimiento tiene una orientación teórica, ya que cada docente enfrenta los problemas y manifiesta un estilo de enseñanza incorporando también sus saberes y dominios teóricos.

Las orientaciones antes planteadas reflejan la variedad y complejidad del conocimiento práctico del profesor, el cual fue analizado por Elbaz mediante tres términos que permiten darle estructura a este tipo de conocimiento: reglas de la práctica, principios de la práctica e imagen. En tal sentido, las reglas de la práctica serían utilizadas por parte del profesor de manera metódica, mientras los principios de la práctica son aplicados reflexivamente, y las imágenes guían la acción de manera intuitiva (Elbaz, 1981). Estos términos reflejan entonces, que aunque puedan existir reglas que se repitan en el actuar docente, es imposible establecer maneras estáticas y apriorísticas de enseñar dados los diferentes estilos que se vinculan con los procesos reflexivos e intuitivos de los formadores.

##### **5.5. EL FORMADOR EXPERTO FRENTE A LOS PROBLEMAS DE LA PRÁCTICA**

Resulta interesante abordar diversos trabajos que plantean las maneras en que los profesores expertos enfrentan y resuelven los problemas, ya que evidencian ciertas convergencias vinculadas a las actuaciones no lineales, contextualizadas, intuitivas y reflexivas. De manera general, se pueden relevar los planteamientos de Dreyfus y Dreyfus (1985), cuando defienden que los docentes expertos no se caracterizan por utilizar modelos formales, lineales o abstractos de actuación frente a situaciones problemáticas, antes al contrario, desarrollan una intuición y una interpretación comprensiva y dialógica para cada situación a gestionar (Brown & Coles, 2002; Angulo, 1999; Elliott, 1993b; Lavelly, 1987). En tal sentido, la intuición implica una red de maneras de conocer que resultan menos explícitas y sistematizadas que el razonamiento o el discurso normal, y que incorporan al juicio, al aprendizaje implícito,

la pericia profesional, la creatividad, la sensibilidad y la cavilación, lo cual posee similitudes con la práctica reflexiva, en términos que se vincula de manera potente con la experiencia y aprendizajes previos (McMahon, 2002). Para Damasio (Brown & Coles, 2002), las experiencias pasadas pueden constituir "intuiciones educadas", las cuales son acciones que siguen de manera flexible ciertos patrones, pero tienden a adaptarse al nuevo contexto, permitiendo al docente lograr una mayor adaptación a la realidad y aprender de su propia práctica (Guzmán, 2009). Ahora bien, al realizar un análisis respecto al uso de la intuición y el conocimiento científico en el desempeño de médicos y profesores, Brawn (2002) concluye que el buen profesional se caracteriza por tener una mente abierta que le permite tomar decisiones en base a procesos de interpretación intuitiva, que aunque siendo subjetivos e implícitos, lo conducen a la búsqueda de una validación más formal y datos ulteriores a partir de numerosos referentes, que incluyen un amplio espectro de experiencia e información de naturaleza cualitativa y cuantitativa (Brawn, 2002).

La solución de problemas se transforma más bien en una resolución de dificultades emergentes, en lugar de problemas predefinidos, que son reconocidas por intuiciones ambiguas, en donde los modelos formales no son utilizados como prescripciones de solución, sino como recursos para la acción, en donde el contexto es altamente relevante por el sentido que le otorga a dicha acción (Medina, 2006). Dichos planteamientos poseen puntos en común de convergencias con el análisis empírico que realiza Schön (1992), quien describe las maneras en que los profesionales competentes gestionan la resolución de los problemas con los que se enfrentan en la práctica, dilucidando que dichos problemas son situaciones que poseen características únicas, ambiguas y saturadas de conflictos de valores. En tal contexto, el desarrollo del arte profesional para definir un problema o improvisar frente a situaciones nuevas, consistiría en procesos de reflexión durante y posterior a la acción profesional, lo cual sobrepasa la mera acumulación de conocimientos, considerando además el conocimiento tácito de las acciones.

Realizando una transferencia de los planteamientos de Schön al ámbito educativo, Perrenoud (2004) manifiesta que la reflexión de los enseñantes sobre su práctica facilita la creación de sentido, en la medida que permite renunciar a las evidencias y a los problemas definitivamente resueltos; antes al contrario, fomenta una actitud de

búsqueda y cuestionamientos, reconociendo la complejidad e incertidumbres de las interacciones y sus consecuencias.

Sin duda, los profesores expertos utilizan procesos complejos para resolver problemas, aplicando estrategias de nivel superior para enfrentarlos y solucionarlos, incluyendo en sus respuestas información de diversas fuentes (Berliner, 1986a). Cuando los docentes enfrentan problemas en el aula, dice Berliner, los profesores expertos poseen la tendencia a plantear las posibles soluciones a dichas situaciones con un modo condicional. Esta característica dejaría abierta la posibilidad a que dicha solución no necesariamente sea la única y pueda ajustarse de acuerdo a nuevas situaciones, efectos o condiciones, tomando en cuenta inclusive la opinión de sus interlocutores antes de actuar.

## 5.6. EL FORMADOR EXPERTO Y SU RELACIÓN CON LOS ESTUDIANTES

La relación respetuosa, empática, fluida y cercana con los estudiantes es un rasgo vinculado al buen profesor (Cabalín, 2010, Guzmán, 2009; Bain, 2006; Gros y Romañá, 1995). Además, existen otras características propias de los formadores expertos que se relacionan con su conocimiento de los estudiantes y que están ausentes de aquellos novatos y postulantes<sup>28</sup> (Angulo 1999).

- Los expertos discriminan la información específica que es relevante recordar de los estudiantes, a diferencia de los novatos y postulantes, que creen es necesario recordar todos los datos dispuestos en los informes de los estudiantes.
- Los expertos prefieren confiar en sus propias apreciaciones respecto a los estudiantes, que en las opiniones de otros colegas.
- Los expertos construyen una profunda significación de los estudiantes, la cual se relaciona con sus propias historias y anécdotas, y son utilizadas para planificar y pensar las acciones con sus estudiantes.

Los buenos profesores muestran frecuentemente gran confianza en las capacidades de sus estudiantes (Guzmán, 2009) y en los altos niveles de desarrollo que ellos pueden lograr, mientras no les demuestren lo contrario (Bain, 2006). En dicho contexto, buscan

---

<sup>28</sup> Se llama *postulantes* a aquellos profesionales cualificados que se incorporan al ámbito docente sin experiencia en educación.

adaptarse a la gran diversidad de estudiantes con los que se encuentran, asumiendo comprensivamente sus respuestas de agrado o molestia, inclusive las reacciones a veces viscerales que presentan los estudiantes cuando se ven confundidos o descubren que la verdad no reside en las cabezas de sus profesores (Bain, 2006).

De tal manera, establecen relaciones cercanas y amables con sus estudiantes, con un fuerte vínculo de confianza donde se muestran abiertos y se permiten hablar de sus aciertos y desaciertos intelectuales, así como también sobre su respeto y curiosidad por la vida, motivándolos a ser honestos y reflexivos con sí mismos (Bain, 2006). Tienden a indagar y conocer las inquietudes y conocimientos previos de los estudiantes, valorando sus particularidades y el contexto social y educativo donde se desenvuelven, en busca del aporte que cada uno de ellos puede realizar (Guzmán, 2009; Bain, 2006).

El buen docente se preocupa activamente por ser entusiasta (Gibson, 2009), motivar a los estudiantes, promover un ambiente cómodo y de cercanía, además de relacionarse con ellos no sólo desde los ámbitos académicos, sino también preocuparse de sus dificultades en el plano personal, sin transformarse por ello en un par o un compañero más, sino incorporando factores emocionales al aula, facilitando el buen clima en la misma (Guzmán, 2009).

## **5.7. EL EXPERTO COMO ENSEÑANTE EN EL AULA**

### **5.7.1.El inicio y desarrollo de las clases**

Los profesores expertos inician sus cursos utilizando rutinas que facilitan que los procesos formativos se desarrollen fluida y eficientemente, prediciendo con bastante éxito lo que ocurrirá en la sala de clases en base a sus experiencias pasadas (Carter, 1990; Lavelly, 1987; Berliner, 1986b). Logran captar y mantener la atención de los estudiantes iniciando sus clases con alguna pregunta, acción o afirmación sugerente, enfrentándolos a problemas con perspectivas que probablemente nunca antes habían contemplado como posibles, además de explicitar las expectativas en torno al curso y lo que se espera realicen los estudiantes para lograr dichas expectativas (Bain, 2006).

En la década de los noventa del siglo XX, Doménech (1999) entrega una receta de ingredientes –como él mismo le llama- para que un instructor alcance buenos resultados

con sus estudiantes, específicamente en un contexto de aula. De tal manera, plantea que al inicio de la clase es necesario retomar los contenidos de la clase anterior y relacionarlos con los nuevos, o bien, sondear el nivel de conocimiento que los estudiantes poseen respecto al tema a tratar. Luego sería necesario intercalar exposiciones de aproximadamente 20 minutos con breves dinámicas, incluyendo en las exposiciones preguntas que estimulen la participación del alumnado. Por último, se deberían sintetizar los principales aspectos trabajados. En pocas palabras, concluye:

*"Diles lo que vas a decir, luego díselo y por último diles lo que has hecho"*  
(Doménech, 1999, 101).

La expresión de este último autor refleja una visión bastante estática y reduccionista de lo que significan los procesos educativos, ya que plantean una estructura de desempeño que se escinde de los diversos contextos y de las dinámicas generadas conjuntamente con los estudiantes y sus características. No obstante, existen ciertos elementos planteados por Doménech que poseen proximidad con lo que Schön llama el "diálogo reflexivo"<sup>29</sup>, el cual sin establecer un orden estructurado y de manera bastante más compleja, releva la necesidad que el profesor pueda "decir y demostrar" respecto a sus acciones.

### **5.7.2. ¿Cómo enseñan los contenidos los mejores formadores?**

Existe concordancia como resultado de diversas investigaciones con profesores positivamente destacados como buenos enseñantes (Medina y Jarauta, 2013; Guzmán, 2009; Bain, 2006) respecto a que el docente no solamente entrega contenidos, sino más bien busca estrategias para favorecer los procesos de aprendizaje en los estudiantes. En tal escenario, el contexto y las características de los estudiantes con los que realiza su labor docente adquieren gran relevancia. Desde la concepción estratégica o institucional, el buen profesor domina distintos y variados recursos docentes que sabe adaptar a sus estudiantes, siendo directamente proporcional los buenos procesos de enseñanza aprendizaje y la buena gestión del docente (Hernández, 2002).

---

<sup>29</sup> Más adelante se detallará esta poderosa estrategia pedagógica.

Desde una perspectiva centrada en el estudiante, los mejores formadores se esfuerzan para que la información entregada permita a los estudiantes a construir su propio conocimiento, asumiendo que el aprendizaje solo cobra sentido cuando logra influir de manera significativa en las formas de pensar, actuar y sentir. Para lograr este propósito, los mejores profesores comparten los siguientes principios (Bain, 2006):

- Crean un entorno para el aprendizaje crítico natural, planificando su docencia con el propósito de estimular la construcción, más que transmitir información, mediante el enfrentamiento a problemas importantes, atractivos o intrigantes que desafiarán a los estudiantes a relacionar ideas nuevas, tomar decisiones y defender sus fundamentos, cometer errores e intentar nuevamente, replantear sus supuestos y revisar sus modelos mentales sobre la realidad. Para lograr lo anterior, los profesores extraordinarios buscan comprender estos modelos mentales y la carga emocional asociada a ellos, dándose tiempo para escuchar las suposiciones de los estudiantes antes de desafiarlas.
- Comienzan centrándose en el estudiante en vez de la disciplina, planteando alguna situación que probablemente sea de interés o relevancia para ellos. La constante actitud indagadora del buen profesor por conocer a sus estudiantes y los asuntos que realmente les interesan, le permite adquirir progresivamente facilidad para seleccionar situaciones políticas, sociales o morales que sean atractivas, ajustándose constantemente a las nuevas generaciones.
- Buscan que los estudiantes se comprometan con la clase y el aprendizaje asociado, invitándolos a participar con una actitud firme pero amable de las clases que él ha contemplado como importantes, para lo cual les solicita a los propios estudiantes que juzguen si visualizan que lo ha cumplido. Se complementa con una constante actitud de respeto (Cabalín y otros, 2010), entusiasmo (Gibson, 2009), contacto visual (Guzmán, 2009) y apertura a la participación de los estudiantes en la clase.
- Desarrollan estrategias diversas de aprendizaje, buscando el equilibrio entre el orden y el desorden, reconociendo que parte del aprendizaje requiere más bien métodos sistemáticos, y otra parte de innovación y sorpresas.

Por su parte, Guzmán (2009) en su investigación con profesores expertos del ámbito escolar en diversas disciplinas también revela estrategias de enseñanza coincidentes entre ellos, dentro de las cuales están las siguientes:

- *Enseñanza personalizada*, donde el docente tiende a enseñar, explicar, aclarar dudas, etc., de manera personalizada, ya sea a un estudiante o a un grupo de ellos, inclusive con un número elevado de alumnos en aula.
- *Retroalimentación* constante al progreso de los estudiantes, a su vez que aclara dudas, introduce matices y enfatiza ideas relevantes, con lo cual entrega al estudiante una visión generalizada respecto a cómo ha desarrollado su trabajo.
- *Respuestas a las preguntas de los estudiantes*, dándose el tiempo necesario para aclarar y resolver las dudas, demostrando su interés, paciencia y manejo de la materia.
- *Anclaje*, cuando el profesor busca mecanismos para que los estudiantes asimilen los nuevos conocimientos en base a aprendizajes previos; así, relacionan experiencias vividas, aprendizajes en cursos anteriores o conceptos de uso cotidiano con los nuevos conocimientos que se desean enseñar.
- *Uso de recursos didácticos* numerosos y variados, como por ejemplo, medios tecnológicos (PowerPoint), pizarrón, mapas, gráficos, imágenes, dibujos, canciones, ejercicios y fórmulas que son utilizadas para enriquecer sus explicaciones, y en muchas ocasiones constituyen un elemento estructurador de éstas.

Por otra parte, a diferencia de los principiantes, los expertos poseen más posibilidades de ejemplificar sobre las materias, construyendo esquemas más complejos respecto a las temáticas abordadas (Lavelly, 1987), o demostrando capacidad de cuestionar o explicar concienzudamente las diversas temáticas, propiciando el máximo progreso de los estudiantes.

En síntesis, los mejores formadores no centran su enseñanza en la entrega de contenidos, sino más bien desarrollan estrategias contextualizadas a los intereses, características y lógicas de los estudiantes para estimular su motivación y participación de manera activa frente a situaciones, problemas e interrogantes que potencien sus procesos de aprendizaje de manera significativa.

### 5.7.3. La realización de preguntas como estrategia clave del aprendizaje

Varios autores (Guzmán, 2009; Bain, 2006; Domenech, 1999) coinciden en la idea que las preguntas son un elemento fundamental en los procesos de aprendizaje y en las actuaciones de los profesores expertos, ya que pueden lograr la modificación de estructuras mentales que poseen los estudiantes y la construcción de un nuevo saber para ellos en la medida que abren espacios para indexar información que se comprende y recuerda con mayor significancia. Por su parte, adquiere relevancia también la capacidad del profesor de acompañar y sostener a los estudiantes en los conflictos que les genera cuestionar modelos y premisas sostenidas durante tanto tiempo; además de reforzar y retroalimentar positivamente sus logros buscando oportunidades de mejorar, más allá de la calificación. (Light, 1990, referido por Bain, 2006).

La denominada *interrogación didáctica* es un recurso utilizado de manera recurrente en la enseñanza (Litwin, 1997), la cual consiste en plantear a uno o varios estudiantes preguntas sobre un hecho, idea o un ámbito en particular, que busca que el estudiante plantee hipótesis, relacione contenidos o aclare dudas a través de lo cual va construyendo un conocimiento compartido (Guzmán, 2009). Las preguntas pueden adquirir el carácter de *preguntas constructivas* cuando el docente va dirigiendo el aprendizaje hacia la dirección deseada mediante una cadena de preguntas y respuestas, donde el pensamiento del profesor y de los alumnos se va uniendo en un proceso dialéctico de reflexión y aprendizaje, donde las respuestas de ambos actores terminan siendo prácticamente simultáneas (Medina, 2007).

Los buenos formadores potencian a los estudiantes para desarrollar un razonamiento disciplinar, provocando no sólo que el estudiante aprenda de los hechos, sino por sobre todo, del razonamiento sobre los hechos.

Para McMahon (2002), la decisión respecto a la estrategia y al momento para pasar de la exposición a las preguntas requiere de sutiles valoraciones que surgen de manera intuitiva en los profesores, lo cual para los profesores expertos implica una revisión constante de su práctica docente.

Bain (2006) realiza una cierta sistematización de las preguntas que van desarrollando los mejores profesores en diferentes momentos de su clase, comenzando con preguntas exploratorias que indaguen en perspectivas, experiencias previas y



elementos claves. Luego, los profesores continúan con preguntas estimulantes que evidencien contradicciones, supuestos y conceptos de los estudiantes que puedan ser objeto de análisis y descubrimiento. Estas respuestas y análisis prosiguen con preguntas de evaluación que permiten dar una mirada crítica y fundamentada a las diversas situaciones y opiniones, finalizando con preguntas concluyentes que sintetizan lo aprendido y los desafíos u oportunidades para nuevos aprendizajes. Ahora bien, cuando son los propios estudiantes los que realizan preguntas a los buenos profesores, muchos de ellos responden mediante una nueva pregunta:

*“¿Qué piensas tú?, si eso es así, entonces por qué (cómo, qué, dónde, etc.)...? ¿Qué quieres decir con eso?”* (Bain, 2006,118).

#### **5.8. EL PROFESOR EXPERTO Y LA EVALUACIÓN**

Una preocupación frecuente de los buenos formadores es explicitar de manera comprensible cuáles son los estándares, criterios y metodologías que utilizará para calificar el desempeño de sus estudiantes, y por sobre todo, que el propio estudiante sea capaz de juzgar la calidad de su trabajo, expresando el significado auténtico de lo aprendido. Ahora bien, más allá de la nota de calificación, se visualiza como importante explorar el desarrollo intelectual de los estudiantes y sus progresos vinculados con ciertas áreas del saber, desempeños, pensamientos, discursos, enfrentamiento de problemas, entre otros. Frente a este desafío, el estudio de Bain (2006) concluye que los buenos profesores buscan establecer indicadores que les permitan evaluar cómo los estudiantes están entendiendo algún aspecto, materia o situación; para lo cual resultaría útil inclusive la participación de los estudiantes en el diseño de procedimientos evaluativos que permitan conocer su manera de razonar y se conviertan en un elemento central para poner a prueba su pensamiento. De tal modo, para los buenos profesores:

*“Todo lo que hacen tiene su razón de ser en su gran preocupación por el desarrollo de sus estudiantes y la comprensión de cómo se lleva a cabo. Siguen pocas tradiciones a ciegas y saben reconocer cuándo los cambios en el curso convencional son tanto necesarios como posibles”* (Bain, 2006:80).

En tal contexto, los mejores profesores se esfuerzan por recoger desde principios de curso la mayor información posible sobre sus estudiantes, de tal forma de tener más elementos para ayudarlos a aprender, y también poder calificar de manera más pertinente en base al aprendizaje, más que al rendimiento. Esta evaluación se basa en criterios cuidadosamente definidos, de tal forma que sean coherentes con los objetivos del curso y vinculados al aprendizaje que debían alcanzar los estudiantes para obtener determinadas calificaciones (Bain, 2006). Los planteamientos de Bain vinculados a la evaluación, contrastan con algunos aspectos representativos de la lógica hegemónica de la educación, que busca evaluar mediante sistemas de medición estandarizados los aprendizajes explícitos de los estudiantes, dejando de lado la posibilidad de valorar la subjetividad de las actitudes y cualidades personales, con un enfoque humanista, incluso intuitivo de la evaluación, que esté más contextualizado a las nuevas necesidades de la sociedad (Broadfoot, 2002). En tal sentido, la intuición puede mejorar la práctica profesional en la medida en que se construye una práctica compartida que recoge las actuaciones y saberes intuitivos que son reflexionados metacognitivamente y permiten hacer explícito lo implícito, a partir de lo cual se puedan generar modelos de práctica profesional, con lo cual, siendo la intuición un elemento del saber individual, es un producto de la interacción social (Johnson, 2002).

Ahora bien, es relevante tener en cuenta que no necesariamente los profesores extraordinarios lograrán que todos los estudiantes obtengan calificaciones satisfactorias y aprueben los cursos con una sensación de éxito y agrado. Al enfrentarse a estudiantes con dificultades, el primer cuestionamiento del profesor se dirige hacia su propio curso; indagando luego rigurosamente los problemas de aprendizaje de los estudiantes, dando respuesta con estrategias sistemáticas para superar las dificultades de comprensión y de motivación. Muchos de los profesores investigados por Bain (2006) tenían claridad en que no todos los estudiantes podían lograr cualquier cosa, mostrando disposición incluso para decirles con cariño, humildad y respeto que creían necesario replantearse si continuar sus estudios o buscar nuevas posibilidades de formación en otros ámbitos.

## 5.9. LAS HABILIDADES COMUNICACIONALES DEL BUEN PROFESOR

Un planteamiento central antes de revisar las habilidades comunicacionales de un buen profesor es reconocer que la comunicación en educación no es relevante *per se*, sino cuando es exitosa en estimular a los estudiantes a involucrarse y pensar. En este sentido, los buenos formadores cuestionan cuáles son las mejores estrategias para cada contexto en particular, de tal forma de modelar la comunicación desarrollada (Guzmán, 2009). Estos cuestionamientos incluyen destrezas que buscan cuidar detalles en beneficio del aprendizaje del estudiante, las cuales están vinculadas de manera importante con la buena oratoria, que incorpora la utilización de un lenguaje cálido y atractivo, un tono coloquial para llegar a todos los estudiantes, una variedad de ritmos, sonidos y colorido, evitando la monotonía y el lenguaje profuso; variadas maneras de remarcar o repetir ideas relevantes sin perder la conexión de lo planteado, coherencia entre la comunicación verbal y no verbal, inclusión de silencios durante algunos minutos o de espacios para escuchar a los estudiantes, o para permitir que discutan con sus pares, dirección de la mirada tanto a estudiantes en particular como a aquellos sectores más distanciados, incorporación de elementos visuales que sean atractivos, entre otros. Muchos de los buenos profesores manifiestan haber utilizado estrategias en sus vidas para ver y reconocer sus habilidades comunicacionales en el aula, practicando conscientemente ejercicios para mejorarlas, moldeándose hacia sus intenciones en un proceso racional y emocional (Bain, 2006).

Como manera de favorecer el involucramiento de los estudiantes en las explicaciones del profesor, y mantener la visión de lo que ellos van realizando, los profesores usan de manera particular el espacio físico, moviéndose a lo largo y ancho del aula (Guzmán, 2009), además de solicitarles y empujarles a pensar y proponer temas, preguntas o explicaciones, y de ubicar a los estudiantes en disposición al trabajo en grupos para facilitar la discusión cómoda en el aula (Bain, 2006).

En síntesis, los buenos formadores otorgan relevancia al desarrollo de sus habilidades comunicativas tanto verbales como no verbales, además de la optimización del uso de los recursos físicos y materiales con los que pueden contar para estimular y potenciar los procesos de aprendizaje de los estudiantes, los cuales fundamentalmente están vinculados en forma directa con sus intereses, contextos y experiencias previas.

## **A MODO DE CONCLUSIÓN:**

Los estudios respecto a los profesores expertos han tenido espacios relevantes en las últimas décadas, buscando construir conocimiento que permita establecer lineamientos iniciales para la formación de profesores, tanto de nivel escolar como universitario, teniendo en consideración que estos últimos son profesionales de distintas disciplinas que muchas veces se desempeñan sin tener preparación inicial como formadores. Esta situación es particularmente relevante en el entendido que la experiencia no necesariamente es sinónimo de expertiz, ya que este último concepto requiere de procesos reflexivos que superan ampliamente el mero transcurso del tiempo y su consecuente cúmulo de experiencias.

Una fuente válida e importante para definir quiénes son los mejores formadores se refiere a la opinión de los estudiantes, quienes perciben que sus buenos profesores les permitieron aprender significativamente más allá de los aspectos vinculados con el conocimiento y el aula, motivándolos y potenciándolos a pensar de manera distinta, lo cual en definitiva puede incluso llegar a cambiar sus vidas.

El buen profesor posee un conocimiento amplio, profundo y actualizado respecto a los contenidos que debe enseñar, teniendo conciencia de aquellas áreas vinculadas que son más complejas de comprender o que pueden provocar conflicto o contradicciones en sus estudiantes, lo cual les permite referirse de modo sencillo y comprensible respecto a ellas. En tal contexto, además de mostrar de manera estimulante los aspectos esenciales de dichos saberes, los buenos formadores buscan ayudar a sus estudiantes a razonar frente a las ideas, preguntas, situaciones y problemas de manera que puedan construir su propia comprensión del conocimiento. Esta manera de enseñar es un reflejo de la propia forma que tienen los profesores expertos de resolver los problemas a los que se enfrentan, el cual es un proceso de actuación no lineal, contextualizado, intuitivo y reflexivo que le permite tomar conciencia y aumentar sus posibilidades para resolver acertadamente cada situación.

Los profesores expertos confían frecuentemente en las capacidades de sus estudiantes y los altos niveles de desarrollo que ellos pueden lograr, estableciendo relaciones cercanas y amables que les favorecen conocerlos y adaptar su enseñanza a la gran diversidad de estudiantes y contextos con los que se encuentran.

Las acciones educativas de los buenos formadores no se centran en la entrega de contenidos, sino más bien en crear un entorno motivador para el desarrollo de estrategias que favorezcan el compromiso de los estudiantes respecto a sus procesos de aprendizaje, con el objeto que progresen fluida y eficientemente hacia un cambio significativo en sus maneras de pensar, actuar y sentir. Para lo anterior, las habilidades comunicativas del profesor, tanto verbales como no verbales, además del uso de los recursos, son relevantes en la medida en que favorecen al formador a adaptarse, para estimular y potenciar los procesos de aprendizaje de los estudiantes de acuerdo a sus intereses, contextos y experiencias previas.

Por su parte, la evaluación, más allá de la nota de calificación, se visualiza como una oportunidad para explorar el desarrollo intelectual de los estudiantes y sus progresos vinculados con ciertas áreas del saber, desempeños y enfrentamiento de problemas. En tal contexto, los estudiantes también son partícipes de esta exploración y toma de conciencia, desarrollando destrezas para reconocer las implicancias de sus ideas y decisiones, con un interés suficiente para ser capaces de cuestionarse a sí mismos y reconocer sus errores.

Por último, se puede decir que a pesar del virtuosismo reflejado en las diversas publicaciones respecto al tema, queda en evidencia además que los profesores expertos no son perfectos, sino que se ven afectados también por las frustraciones y los errores, y en ocasiones son tentados a la hora de hacer juicios. La caracterización que se realiza del buen profesor es una convergencia de experiencias e investigaciones con distintas personas y contextos, con lo cual es honesto plantear que ningún profesor experto posee de manera unívoca todas las cualidades planteadas en este apartado. No existe una receta mágica para llegar a ser un profesor experto, sino más bien comprender que la mejor docencia tiene lugar en la toma de conciencia del profesor respecto a su desempeño, además de la intención y actitud del profesor para tomar en serio a los estudiantes y sus capacidades, y potenciar que se responsabilicen de sus procesos formativos, más allá de lo que logren demostrar en el aula o en el contexto de cada curso en particular.

## **6. CAPÍTULO 6: LA RELEVANCIA DE LA TUTORÍA EN LA FORMACIÓN ENFERMERA**

### **6.1. LA TUTORÍA EN LA UNIVERSIDAD**

En los orígenes de la universidad, durante la Edad Media, el rol del profesor se orientaba fundamentalmente a transmitir el conocimiento de manera más bien absolutista, a través de una estrecha relación personal, adoctrinando a los aprendices no solo desde dimensiones intelectuales, sino también modelando su conducta moral y social, hacia la búsqueda de la verdad a través del conocimiento como camino para el crecimiento personal. En el siglo XIX se establecen diferentes modelos de universidad, en los cuales surge el rol de tutor perfilado hacia distintos estilos, destacando la universidad científico-educativa con el seguimiento del modelo Humboldtiano alemán, en donde el rol del tutor se basa en facilitar un ambiente que promueva la creación de ciencia. Por otra parte, la tradición inglesa de Oxford y Cambridge promueve un sistema de tutoría diferenciada en pequeños grupos, donde el profesor orienta el desarrollo moral y científico de sus estudiantes. Por último, el modelo profesional francés promueve más bien una tutoría que responda a las necesidades de profesionalización al servicio de la sociedad. Ya en el siglo XX se comienzan a desdibujar estos modelos y a fusionarse ciertas características de ellos, como manera de responder a las necesidades de la era industrial, teniendo como consecuencia la frecuente coexistencia en las instituciones de educación superior del desarrollo del conocimiento a través de la ciencia y la formación de profesionales de acuerdo a las necesidades del mercado. Hoy en día, las diversas universidades tienen sus propios énfasis respecto al rol del tutor, según posean orientaciones más académicas, o de desarrollo profesional o personal. De cualquier forma, se reconoce de manera transversal en todas ellas una necesidad explícita de un sistema tutorial, a propósito de los procesos de acreditación y evaluación de la calidad de instituciones de educación superior donde la tutoría se valora como un recurso útil para que los estudiantes sean acompañados de manera personalizada en sus procesos formativos, optimizando su rendimiento y mejorando sus resultados (Rodríguez, 2004).

Ahora bien, en el contexto antes descrito es reconocido que dentro de las funciones básicas del profesor universitario se incluye el rol docente y particularmente

el rol de tutor, el cual compite con las áreas de investigación y gestión, provocando que el profesorado cada vez reclame mayor liberación de las horas de dedicación docente, para destinarlas a otras actividades menos costosas y más atractivas (Romaña y Gros, 2003). Muchos profesionales ingresan a la docencia universitaria frecuentemente sin tener en consideración los requisitos que se requieren para desarrollar esta función, dando por hecho que la mera dominación de la materia es suficiente para ser un buen docente. Así, es común que el profesor se limite a repetir modelos y formas de enseñanza que él mismo experimentó como alumno (Benedito, 1996). El profesor universitario debería desarrollar la investigación como manera de contribuir a la construcción del conocimiento, además de estar preparando para ejercer la docencia, siendo competente en su disciplina, además de crítico y reflexivo respecto a su propio actuar. Ahora bien, esta función investigadora debería desarrollarse en dos ámbitos: por una parte, en la propia disciplina; y por otra, en la actividad docente, de tal manera de poder transformar los procesos de enseñanza aprendizaje de acuerdo a los resultados obtenidos (Benedito, 1996, 1998). El profesor no solamente cumple la función de enseñar contenidos, sino también de promover actitudes hacia el conocimiento, la enseñanza y la sociedad. De tal manera, se construye una compleja visión respecto a la interacción de todos estos aspectos, estimulando procesos de enseñanza aprendizaje de alta calidad (Romaña y Gros, 2003).

## **6.2. DEFINICIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL TUTOR UNIVERSITARIO**

Los términos tutor, mentor o preceptor son referidos al profesional que asume la responsabilidad de acompañar a los estudiantes en sus procesos de aprendizaje; no obstante, los conceptos de tutor o mentor se relacionan más bien con un profesional docente que está vinculado con la universidad y que podría reflejar una figura de formador algo más paternalista, en el sentido de la relevancia que adquiere la experiencia y el conocimiento del docente respecto al estudiante, y la tendencia a establecer por tal motivo relaciones algo más verticales. Por su parte, el concepto de preceptor correspondería a un profesional, en este caso de enfermería, que se hace cargo de acompañar a un estudiante asignado, en su propio lugar de trabajo (Myrick, 2010), asumiendo como responsabilidad de enseñanza el apoyar emocionalmente y ser un

modelo de acción para que el aprendiz se socialice y aproxime a su nuevo rol (Laranjeira, 2006). La dificultad vinculada a los procesos formativos de estudiantes de enfermería, y evidenciada respecto al acompañamiento por parte de preceptores, se refiere a la alta carga de trabajo y la escasez de profesionales en los servicios clínicos, lo cual va en desmedro del tiempo de dedicación que puede utilizar el preceptor a la formación del estudiante (Cassidy et al, 2012; Croxon, 2009). En tal contexto, los estudiantes valoran de mejor manera el rol del tutor comparativamente con el de preceptor, en lo referido a la capacidad del tutor para potenciar en ellos procesos de aprendizaje y el desarrollo del pensamiento crítico; otorgando por su parte, un valor similar a tutor y preceptor en lo relacionado con facilitar la identidad profesional y el desempeño en su rol profesional (Walker et al, 2012). Esto último es un elemento relevante en la formación, en el sentido que promueve en los estudiantes reflexionar respecto a las acciones y decisiones que pueden tomar como profesionales de enfermería de manera independiente (Carlson & Wann-Hansson, 2010).

Cualquiera sea el caso, la figura de un profesional que se dispone a acompañar los procesos formativos de los estudiantes, asume un rol de tutor, asesor, padrino, orientador, modelo, defensor, en un ambiente donde se deberían configurar relaciones basadas en el respeto, la honestidad y el compromiso; y en el cual el aprendiz construye activamente su formación contando con la guía de una persona influyente e importante (Altuntas, 2012).

El acompañamiento en la formación de los estudiantes a través de la tutoría puede implicar la consideración de dimensiones cognitivas, afectivas, sociales y profesionales, dependiendo, por una parte, de las tradiciones de cada institución, y por otra, de los estilos propios de cada tutor al relacionarse con sus estudiantes durante su proceso formativo. Así entonces, desde una mirada más bien institucional, Rodríguez (2004,28) describe ciertas características de la tutoría que se sintetizan en las siguientes:

- Promueve el desarrollo integral de cada alumno con un enfoque multidimensional.
- Facilita la educación universitaria más personalizada de cada estudiante, considerando las características individuales y diversas de cada uno de ellos.
- Se constituye en un indicador de calidad en la atención de los estudiantes.



- Orienta y facilita la relación de cada alumno con diferentes ámbitos de atención al estudiante, que incluyen lo curricular y extracurricular, optimizando el uso de los recursos que la institución dispone para los alumnos y permitiendo la integración de los mismos al contexto universitario.

Varias de estas características coinciden con los roles signados al tutor por García Aretio (2001), en relación al rol orientador, centrado en lo afectivo; rol académico, centrado en el desarrollo cognitivo; y rol institucional, como facilitador de las interrelaciones e integración del estudiante con su entorno educativo.

Por su parte, Cohen y Galbraith, 1995 (referido por Bardallo, 2010) menciona seis funciones que deberían desarrollar los tutores en su relación con los estudiantes, las cuales incluyen:

- **Relación:** interesarse y aceptar los sentimientos del estudiante, evidenciando empatía y atención hacia él.
- **Información:** solicitar al estudiante le informe sobre sus proyectos, retroalimentando sus avances y logros académicos y personales.
- **Facilitación:** Guiar al estudiante, previa indagación de sus intereses, habilidades y creencias.
- **Confrontación:** retar respetuosamente a sus estudiantes frente a la toma de decisiones respecto a sus procesos formativos.
- **Modelo mentor:** compartir sus sentimientos y experiencia de vida para enriquecer su relación con los estudiantes, constituyendo un modelo para ellos.
- **Visión de estudiante:** estimular el pensamiento crítico del estudiante para proyectarse y fortalecer su potencial, tanto en la dimensión personal como profesional.

El cumplimiento de algunas de las funciones antes mencionadas se vinculan con los atributos del tutor descritos por Wagner y Seymour (2007), en términos de las habilidades de consejo, acogida y comunicación con su tutelado, además de la necesaria disposición a enseñar, retroalimentar, potenciar el pensamiento crítico y creer en las capacidades del otro en un clima de respeto y ética.

### 6.3. EL ROL DEL TUTOR EN LA FORMACIÓN PRÁCTICA

La tutoría durante las prácticas de los estudiantes implica un proceso de formación personalizada, que incluye componentes vinculados al conocimiento y a la interacción social, que busca hacer competentes a estudiantes de una determinada disciplina a través de su integración con expertos y comunidades de práctica que se enfrentan y resuelven diversas situaciones y problemas mediante un actuar profesional (Wenger, 2001).

En el contexto antes descrito, los profesores tienen la responsabilidad de ser inevitablemente modelos “porosos” que influyen en la conducta de sus estudiantes, tanto en los aspectos afectivos, morales, sociales, políticos y científicos (Villar Angulo, 1995; Hallet, 1997). Ahora bien, si lo que se pretende es que la práctica que desarrollen los estudiantes sea reflexiva, se hace necesario en primer lugar que los formadores sean prácticos reflexivos (Brockbank & McGill, 2002; Schön, 1992; Dinkelman, 2003). En tal contexto, el tutor reflexiona en la acción, al mismo tiempo que comunica y va verificando en cada una de sus intervenciones tanto el grado de conocimiento y los problemas del estudiante, como lo eficaz que están siendo sus estrategias comunicativas.

En la práctica reflexiva el mentor se convierte en un individuo experimentado que comparte su saber con alguien menos experimentado. Esto se transforma en una necesidad cuando se pretende que el mentor guíe y acompañe al estudiante durante su práctica clínica (Bardallo, 2010; Rodríguez, 2012), en el entendido que dicha mentoría se desarrolla como un proceso bidireccional orientado a apoyar la formación de las personas, tanto a nivel profesional como personal, donde mentor y alumno están dispuestos para la actualización y transformación mutua (Díaz, 2002).

El concepto de *mentoring* en la última década ha sido utilizado en enfermería como manera de fidelizar a los profesionales de enfermería noveles en sus lugares de trabajo (Bardallo, 2010), entendiéndose como una relación multidimensional entre enfermeras experimentadas y noveles que potencia el crecimiento profesional y personal mutuo (Wagner & Seymour, 2007).

La tutoría como parte del proceso formativo se basa en la relación pedagógica, en el entendido que se transforma en una posibilidad de interacción democrática que permite compartir experiencias, intercambiando significados y símbolos que promuevan

el diálogo y a la creación de espacios formativos propicios para aprender (Canil de Segura, 2006). El trabajo de Rodríguez (2012) destaca varias estrategias claves que beneficiarían el aprendizaje y la reflexión en la tutoría clínica, de las cuales destacan tres: en primer lugar, el uso de la **empatía didáctica**, referida al valor y utilidad que el tutor le otorga a las respuestas de los estudiantes, sin juzgarlas en sentido normativo y utilizándolas como insumo para posteriores explicaciones, permitiendo que el estudiante se sienta libre de expresarse. Por otra parte, el uso de **la pregunta** para promover la reflexión del estudiante, lo cual requiere que el tutor sea consciente de los beneficios que significa el hecho de no resolver todas las interrogantes del estudiante, dejando que sea él mismo quien realice sus descubrimientos. Por último, el uso del **silencio pedagógico**, que implica que el tutor no se precipite en mostrar al estudiante las respuestas a los cuestionamientos de la acción práctica (Rodríguez, 2012).

### 6.3.1 El diálogo reflexivo entre tutor y estudiante

Existe un claro consenso respecto a la importancia del desarrollo de un diálogo reflexivo entre tutor y estudiante, el cual debe estar basado en un aprendizaje colaborativo, de confianza y centrado en el aprendiz (Brockbank & McGill, 2002; Gomes y Casagrande, 2002; Sahd, 2003). Según Schön (1992), el diálogo entre tutor y estudiante en un contexto de enseñanza reflexiva, en principio debe poseer tres características indispensables: desarrollarse en el contexto de los intentos que hace el estudiante por aprender, utilizar tanto acciones como palabras y depender de una reflexión en la acción recíproca. Mientras el tutor reflexiona en la acción al mismo tiempo que comunica, va verificando en cada una de sus intervenciones, tanto el grado de conocimiento y los problemas del estudiante, como lo eficaz que están siendo sus estrategias comunicativas.

Dentro del diálogo reflexivo, plantea Schön (1992), es necesaria una combinación del decir y demostrar del tutor, con el escuchar e imitar del estudiante. Respecto a las formas que tiene el tutor de decir, puede dar instrucciones específicas, criticar el proceso o los resultados de un alumno, indicar cómo establecer prioridades, proponer al estudiante que pruebe, analice, reformule problemas y reflexione sobre el proceso que él ha demostrado mediante su experimentación. Es relevante, en este contexto, que

el tutor hable al alumno durante la acción, o bien cuando está pensando en desarrollar una nueva tarea, o está cavilando sobre experiencias ya consumadas. De cualquier modo, hay que tener en consideración que las instrucciones son siempre incompletas y ambiguas, ya que pueden involucrar una descripción que no es lo suficientemente específica para las necesidades del estudiante. Así, quien escucha debe descifrar por inferencia y/o experiencia, especialmente cuando las explicaciones que entrega el tutor resultan incomprensibles o incongruentes para las experiencias o conocimientos que posee el alumno.

Por otro lado, es necesario que el tutor haga demostraciones de los aspectos que considera necesarios que el alumno aprenda, especialmente cuando este último se encuentra atascado en alguna situación sobre la cual el tutor puede plantear alternativas para que el alumno desarrolle por sí mismo. Realiza de esta manera una imitación de las demostraciones de su tutor mediante una construcción selectiva, ya que, observando el proceso el alumno selecciona e integra en su propia ejecución, aspectos esenciales de la acción.

En otras palabras, la descripción verbal que haga un tutor respecto a una acción puede aclarar las características esenciales de tal demostración, y a su vez, esta última puede dejar en claro un discurso que de alguna manera resulte ambiguo o poco visible si sólo es descrito verbalmente. De tal forma, el estudiante escucha y observa a su tutor destacando los elementos esenciales, para luego reconstruir a partir de sus propias experiencias un nuevo producto. En este momento está en condiciones de reflexionar en torno al proceso experimentado, comparando las descripciones y demostraciones de su tutor con su propio resultado. Lo que el estudiante aprenda en este proceso dependerá del contenido y la calidad de su reflexión en la acción; este aprendizaje será revelado en las sucesivas situaciones a las que se enfrente, creando cada vez un nuevo objeto de posible reflexión.

Ahora bien, cada vez que se combinan el decir/escuchar y el demostrar/imitar, se recrean nuevos objetos posibles de reflexión, ya que cada intervención de pregunta, respuesta, demostración, imitación, crítica, consejo, entre otras, puede abrir una nueva posibilidad. A este proceso Schön lo denomina "escalera de reflexión", ya que al ir subiendo por la escalera, los actores transforman lo que ha ocurrido en el peldaño anterior, en un nuevo objeto de reflexión, tanto al elaborar nuevas construcciones como

al enfrentarse a bloqueos o confusiones. De alguna manera, este proceso dinámico puede considerarse emancipador ya que el diálogo no termina con la conformidad del alumno frente a lo que propone su tutor, sino a la inversa:

*"Cuanto más entiende el alumno lo que su tutor quiere decir, más cuenta puede darse de que no quiere aprender lo que él quiere enseñarle. Y a la inversa, cuando un estudiante no entiende a causa de una aparente incapacidad o falta de motivación para aprender, su tutor debería considerar la posibilidad de que el "fallo" no sea atribuible a sus puntos flacos o a su tutorización inadecuada, sino a su rechazo a abandonar algo que ve como valioso" (Schön, 1992:112).*

Las conversaciones reflexivas constituyen una poderosa estrategia para potenciar el pensamiento reflexivo en la medida en que el tutor guíe al estudiante a través de diálogos, encadenamiento de preguntas y respuestas que permiten indagar en el pensamiento del estudiante para lograr el develamiento de ideas (Rodríguez, 2012).

Por último, es necesario destacar que las formas de decir y mostrar del tutor deben adecuarse a las características propias del alumno que está frente a él, aprendiendo a detectar las capacidades y dificultades que presenta en el desarrollo de las tareas, además de las conclusiones que derivan de sus intervenciones como tutor.

#### **6.4. LA ACCIÓN TUTORIAL EN LA FORMACIÓN PRÁCTICA DE ENFERMERÍA**

Resulta apropiado tener en cuenta la manera como los profesionales de enfermería evolucionan de noveles a expertos, de tal forma de poder potenciar estos procesos desde la formación, y en particular desde la relación que se establece entre docentes y estudiantes. Como más arriba se ha indicado, los resultados de las investigaciones de Benner (1987) demuestran el proceso mediante el cual las enfermeras expertas a medida que van adquiriendo esta condición, cambian su orientación intelectual, integran y discriminan sus conocimientos y adaptan sus criterios para tomar decisiones de manera diferente al mero seguimiento de modelos, como lo habían aprendido en las escuelas de formación. En tal sentido, el juicio experto se desprende de una comprensión más bien integral y compleja de las situaciones que se caracteriza, por una parte, por poseer un *sentido de prominencia* que le permite al experto discriminar aquella información

relevante de la que no lo es. Por otra parte, el juicio experto posee *esquemas de reconocimiento*, gracias a lo cual el profesional es capaz de reconocer relaciones sin una descripción analítica del patrón o modelo (Medina, 2006), lo cual pone de manifiesto el *virtuosismo* de la pericia clínica que poseen las y los profesionales de enfermería para identificar diversos contextos, significados y características de su arte profesional y actuar de manera acertada y eficiente.

La tutoría clínica en enfermería es un elemento clave y altamente influyente en el desarrollo de competencias asistenciales (Laranjeira, 2006), además de permitir desarrollar de manera personalizada, directa y real el acompañamiento multidimensional en la formación de futuros profesionales que serán responsables del cuidado de otros (Barbosa, 2006). En tal sentido, resulta interesante contemplar que la naturaleza del acto de cuidar y del acto educativo tienen similitudes en términos de ser prácticas humanas donde el establecimiento de interrelaciones constituye una posibilidad de transformar la realidad. En tal sentido, el significado del cuidado que posea el profesional empapa su manera de desarrollar el rol de tutor (Bardallo, 2010).

La tutoría clínica es una oportunidad para colaborar con los profesionales en formación, respetando sus trayectorias personales, a potenciar sus capacidades para pensar la acción desde una perspectiva del cuidar. Esta reflexión en la acción y sobre la acción puede presentar frutos en la misma situación acontecida, posterior a ella o en el largo plazo, constituyendo la base para la reconstrucción de un nuevo conocimiento fundamentado en el desarrollo de la acción profesional (Sanjuán & Martínez, 2008). Por otra parte, la acción tutorial clínica debería incluir el desarrollo de la inteligencia emocional como respuesta a las evidencias de estudios que identifican un déficit de autocontrol de las emociones de los estudiantes, además de un esfuerzo personal para enfrentar las nuevas situaciones de prácticas clínicas casi en la totalidad del estudiantado de enfermería. Más aún, aquellos estudiantes que revelan necesidades de mejora en el control y conducción de sus emociones, perciben más negativo el entorno de las prácticas clínicas, la tutorización y el apoyo recibido para la realización de las mismas (Sanjuán y Ferrer, 2008:232). Por su parte, los estudiantes que perciben en sí mismos una mayor sensación de control e inteligencia emocional, presentan estrategias de afrontamiento más eficaces frente a situaciones de estrés, lo cual mejora su bienestar subjetivo (Por, 2011). En la práctica clínica el estudiante de enfermería se visualiza

como un individuo vacilante y frágil, cuya estabilidad se verá afectada por las relaciones que establezca con su tutor, con lo cual es imperioso que dicho vínculo pedagógico se sustente en el respeto, el diálogo y la confianza (Rodríguez, 2012). Son múltiples los estudiosos del área relacionada con la formación clínica de enfermería que reconocen la comunicación, cercanía y relación de confianza con los estudiantes como elementos claves para la comprensión de necesidades de aprendizaje y creación de un ambiente favorecedor y seguro para el aprendizaje (Cassidy, 2012; Rodríguez, 2012; Bardallo, 2010; Sanjuán & Martínez, 2008; Peiró, 2008). En dicho escenario, los estudiantes son quienes tienden a evidenciar mayor dependencia afectiva de sus tutores, brindando gran importancia a la calidez de la relación; mientras que el tutor clínico escasamente se vincula en un mayor nivel afectivo con sus estudiantes, reproduciendo con la persona-estudiante la distancia emocional que se imponen con la persona-paciente. Conscientes los profesionales de enfermería del aporte que significa para el aprendizaje del estudiante un clima relacional positivo, éste se ve condicionado en gran parte porque el estudiante reconozca la calidad de experto del profesional y no cuestione su actuar (Bardallo, 2010). Por su parte, los estudiantes requieren el refuerzo positivo por parte de los profesionales de enfermería que los acompañan en sus prácticas clínicas para sentirse seguros, cómodo, respetados y valorados; además de valorar negativamente a aquellos profesionales que no transmiten ilusión por su trabajo, que son indiferentes a su presencia o que les llaman la atención en público (Peiró, 2008).

La tutoría en la práctica clínica debe establecerse como una relación horizontal, donde docente y estudiante tienen igual protagonismo, de tal forma que el alumno por una parte, cuente con condiciones de aprendizaje adecuadas, y por otra, se forme para establecer futuras relaciones con sus pacientes, colegas y otros profesionales que constituyan su entorno laboral. No obstante el valor otorgado a las relaciones horizontales entre tutor y estudiante, es necesario que el tutor explicita su conocimiento experto y tácito además de su experiencia, de tal forma que constituya un ejemplo y orientación para la búsqueda de sus propios significados respecto a las situaciones prácticas experimentadas. Este proceso de exponer su saber y experiencia de manera reflexiva en lugar de impositiva y prescriptiva, potencia la autonomía del estudiante para que reflexione respecto a las posibilidades y limitaciones de la forma de actuar evidenciada por el tutor (Rodríguez, 2012).

En síntesis, la acción tutorial se ha transformado en un elemento transversal para la formación de los estudiantes universitarios, tanto desde la perspectiva institucional como desde la visión de los propios estudiantes, en el entendido que abre posibilidades de reconocer al estudiante como persona multidimensional y busca orientar los esfuerzos y recursos de manera contextualizada y más personalizada hacia el logro de profesionales reflexivos y autónomos en la toma de decisiones, además de bien preparados para dar respuestas acertadas a las diversas situaciones a las que se enfrente como profesional. Más aún, la tutoría en la formación clínica de enfermería adquiere enorme protagonismo y significado en el proceso de aprendizaje de los estudiantes, en términos de ser un espacio no sólo de desarrollo de habilidades comunicacionales, técnicas o cognitivas, sino sobre todo por ser una posibilidad para que los estudiantes se reconozcan en el rol profesional y realicen acciones que evidencien el significado que ellos le otorgan al cuidado, lo cual sin duda es modelado consciente o inconscientemente por sus tutores.

Ahora bien, la tutoría en la formación de enfermeras y enfermeros favorece los procesos de aprendizaje de los estudiantes en la medida en que sea un espacio de construcción de relaciones de respeto, confianza y compromiso mutuo, donde el tutor está dispuesto no solo a enseñar desde su experiencia y saber, sino también está atento a reconocer las necesidades, saberes y dudas de los estudiantes para hacer de la tutoría un espacio formativo personalizado y contextualizado a la realidad de cada futuro profesional.



## Parte III

# Diseño de la investigación, fundamentos metodológicos y trabajo de campo



## **7. CAPÍTULO 7: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente capítulo expone las justificaciones relacionadas con la opción de realizar un estudio desde una tradición fenomenológica, específicamente como estudio de caso, además de las decisiones metodológicas y estrategias utilizadas en cada una de las fases de esta investigación.

Las decisiones metodológicas se han tomado buscando constantemente una coherencia ontoepistémica entre la naturaleza del fenómeno a estudiar, la perspectiva de investigación y la construcción de conocimiento vinculado. Estas decisiones buscan aproximarse a comprender aspectos de la práctica de los profesores expertos en la formación universitaria, y específicamente en la formación clínica de estudiantes de enfermería, respondiendo a las siguientes preguntas: ¿Cómo son las prácticas pedagógicas de los formadores clínicos de enfermería que son considerados expertos, tanto por los estudiantes como por sus pares? ¿Qué significado le otorgan estos expertos a sus prácticas pedagógicas y profesionales? ¿Qué relación tienen las experiencias previas de estos profesores con su práctica formadora? ¿Cómo es la percepción de los estudiantes respecto a la relación entre el actuar del docente experto y su propio aprendizaje?

### **7.1. SUPUESTOS ONTOEPISTÉMICOS QUE SOSTIENEN EL ESTUDIO**

Considero fundamental realizar una reflexión en torno a las concepciones ontoepistémicas que justifican la construcción de esta tesis doctoral, teniendo en cuenta que de acuerdo a la manera en que los investigadores comprendemos la naturaleza de la realidad, será la forma que adoptemos para su indagación y para la producción de un conocimiento relevante (Maykut & Morehouse, 1999). Por tal motivo, intento hacer explícitas mis concepciones ontoepistémicas, con el objetivo de demostrar una coherencia entre las mismas y mis decisiones relativas al diseño y desarrollo de la investigación.

Como aspecto troncal, quisiera destacar mi posicionamiento con el paradigma fenomenológico-hermenéutico de la investigación, ya que reconoce el funcionamiento del mundo como la interrelación de múltiples realidades que son construidas según las

acciones y significados que le otorgan sus protagonistas (Maykut & Morehouse, 1999). Bajo esta premisa, concibo la formación profesional de las enfermeras como una práctica educativa compleja, donde cada proceso es incierto, valorando de tal manera la importancia que adquieren las características propias de cada contexto educativo-sanitario, y de los sujetos que lo conforman. Al contrario, forjar la formación profesional desde el paradigma de la simplicidad (Morin, 1998) sería ignorar la cambiante y ambigua naturaleza de los fenómenos que se producen en los espacios educativos, en donde la compleja realidad se reduce a acciones predeterminadas de cada sujeto, excluyendo de tal forma la utilización del conocimiento y significado que puede emanar de los juicios prácticos de sus actores (Medina, 2003).

De los planteamientos antes mencionados, deriva mi perspectiva de la realidad educativa, la cual no concibo como un contexto aislable y objetivo que se pueda investigar mediante la explicación o predicción de fenómenos observables -como lo plantearía la epistemología de la racionalidad empírico analítica, derivada del enfoque positivista- sino muy por el contrario, de acuerdo con el enfoque fenomenológico-hermenéutico, percibo la realidad educativa como un sistema complejo, el cual necesariamente estará conformado por procesos saturados de subjetividades – experiencias, significados e interpretaciones- los cuales no pretendo anular o manipular, sino más bien hacerlos explícitos e intentar comprender sus interrelaciones para interpretar de la mejor manera posible la realidad investigada.

Ahora bien, si reconozco que el mundo es construido y yo como investigadora soy parte del mismo, entonces necesariamente somos interdependientes. Asimismo, si admito que como sujeto soy parte de la construcción del conocimiento, entonces como investigadora es imposible separarme completamente de lo que estoy examinando. En acuerdo con ello, y teniendo en cuenta que yo misma como investigadora no puedo anular mi experiencia como profesora de enfermería, entonces me reconozco como parte del proceso de enseñanza aprendizaje, cuya consecuencia será una visión desde dentro de los datos, adquiriendo de tal forma una mirada perspectivista (Maykut & Morehouse, 1999), ya que abarcará diversas formas de percibir la realidad educativa, incluyendo tanto las propias como aquellas de los sujetos investigados. Por su parte, mis valores como sujeto investigador influirán en el modo en que analice los datos, y por tanto en el proceso de comprensión-interpretación del contexto investigado. No obstante,

el desarrollo del trabajo de campo implicará un metarelato que realizaré como investigadora, lo cual permitirá hacer explícitas mis concepciones y reflexiones en torno a los procesos vividos y sus relaciones con el objeto de estudio.

Por otro lado, existe un aspecto destacable en la racionalidad empírico analítica que me parece una simplificación de la realidad. Se trata de la búsqueda del control de todas las variables del objeto de estudio, ya sean dependientes, independientes o intervinientes. Esto tiene como consecuencia una fragmentación de la realidad educativa, ya que separa al alumnado y al conocimiento disciplinar de los marcos sociales donde se ha producido y donde adquiere significado (Medina, 2003). En este sentido, es posible advertir que al referirnos al ámbito educativo y reconocer que cada situación es única, es imposible preestablecer todas las variables que pueden surgir a lo largo del estudio, ya que las acciones educativas serán siempre en cierto grado indeterminadas y multidireccionales debido, entre otros factores, a la variabilidad de interpretaciones y significados que le brinden sus participantes, como también a las influencias de las características del contexto particular y a la ambigüedad de las interacciones de los sujetos (Medina, 2003). Bajo esta premisa, en lugar de referirme a variables de estudio, considero adecuado hablar de las unidades de significado que emergerán de los datos derivados del trabajo de campo y por tanto, enriquecerán permanentemente la investigación. Sin duda, es fundamental que mi actitud como investigador esté abierta a retroalimentar mi trabajo constantemente entre el proyecto planificado y los escenarios con los que me iré encontrando a lo largo del estudio.

Como consecuencia de los lineamientos antes descritos, los resultados de esta investigación no serán generalizables a cualquier otro contexto universitario, sino que solamente serán posibles las interpretaciones para un determinado tiempo y lugar. En este caso específico, existirán algunos aspectos que –posterior a la evaluación del lector, y de acuerdo a las características del contexto- podrán ser transferibles a otras experiencias educativas, especialmente aquellas relacionadas con la formación clínica inicial de profesionales de enfermería. Este aspecto supera una de las limitaciones de contexto que posee el enfoque racionalista, el cual intenta obtener información generalizable mediante estudios de casos múltiples y orientados a la confirmación o refutación de hipótesis que pueden dar origen a normativas universales.

## 7.2. OPCIÓN POR LA TRADICIÓN FENOMENOLÓGICO-HERMENÉUTICA

Este estudio pretende explicitar y comprender las características y el sentido que tiene la práctica pedagógica en la formación clínica de estudiantes de enfermería, para un grupo de profesores que comparten la designación de *experto*. En tal contexto, en la presente investigación adquiere relevancia examinar la forma en que las personas perciben el mundo, lo que para ellas es realmente importante (Taylor & Bogdan, 2008). Se hace necesario entonces, contextualizar esa práctica desde la historia personal y profesional de donde surge, así como también describir las relaciones que establece el formador con su entorno, y en especial con sus estudiantes. En base a lo anterior, decido abordar este estudio desde una tradición fenomenológica, interpretativa, que permita indagar, describir y comprender comportamientos más que conductas, es decir, acciones con sentido, intensión, motivación, significado (Medina 2005). En tal contexto, adquiere mucho sentido desarrollar el estudio mediante una aproximación cualitativa, si la entendemos como:

*“Una actividad sistemática orientada a la comprensión en profundidad de fenómenos educativos y sociales, a la transformación de prácticas y escenarios socioeducativos, a la toma de decisiones y también hacia el descubrimiento y desarrollo de un cuerpo organizado de conocimientos”* (Sandín, 2003,123).

En base a lo anterior, sin duda investigar cualitativamente va más allá de la mera aplicación de técnicas y estrategias de investigación sugeridas por los estudiosos del tema; más bien tiene que ver con una postura respecto a la manera de investigar, una mirada particular sobre la construcción del conocimiento, en definitiva, una concepción paradigmática que en ocasiones, desde una perspectiva filosófica, parece irreconciliable con las posturas hegemónicas más bien positivistas. En tal plano, los principales debates se han establecido alrededor de las ideas que orientan su concepción sobre el cómo y respecto a qué hacer ciencia (Marcelo, 2009). Para el caso de la disciplina de enfermería, la investigación cualitativa desde la década de los 90 del siglo XX ha adquirido importancia en su manera de mirar el mundo, y en particular los fenómenos asociados a la salud, construyendo conocimiento científico que aporta de manera significativa al

desarrollo disciplinar y a la práctica profesional en una gran diversidad de situaciones y contextos (De la Cuesta, 2010).

No resulta sorprendente que el hacer ciencia se reconozca hegemónicamente como símil del positivismo, concepto acuñado por August Comte a fines del siglo XIX para explicar, predecir y verificar hechos positivos u observables (Maykut & Morehouse, 1999). Esta hegemonía puede observarse en su amplio reconocimiento entre la comunidad científica, potenciado fuertemente en la actualidad a través de la financiación pública de proyectos concursables a distintos niveles. No se trata, sin embargo, de satanizar el positivismo y las investigaciones emanadas desde este paradigma, sino más bien reconocer sus limitaciones a la hora de estudiar fenómenos educativos y sociales. Por su propia lógica interna, el positivismo no tiene lugar para comprender y dilucidar la verdad que objetivamente busca, puesto que los fenómenos sociales son tan cambiantes y dependientes de cada contexto, que se hace imposible ordenar de manera estricta, aislada y generalizable una realidad social. Luego de un recorrido y análisis profundo sobre tradiciones y paradigmas en investigación, Maykut & Morehouse (1999) concluyen denominar *paradigma dominante* a la postura positivista, con sus respectivos frutos vinculados a la investigación cuantitativa; y por su parte denominar *paradigma alternativo* a la postura fenomenológico-hermenéutica asociada a la investigación cualitativa<sup>30</sup>. Éstas últimas abren una gran oportunidad para hacer ciencia a propósito de los fenómenos sociales y las experiencias contextualizadas, estudiando estos hechos en su ambiente natural, sin intentar manipular las condiciones en que se desarrollan. El objeto de la aproximación cualitativa es comprender las conductas humanas en interacción con un entorno, las condiciones, interacciones y dimensiones de dicho entorno y su relación con los significados que los sujetos le otorgan a los fenómenos. En dicho contexto, la investigación cualitativa es más bien

---

<sup>30</sup>Aunque soy consciente que esta distinción que vincula lo cualitativo al estudio del significado y lo cuantitativo a la prueba de hipótesis no responde a lo que en realidad hacen los investigadores cualitativos o cuantitativos, es posible aceptar su uso como recurso para distinguir *a grosso modo* dos tradiciones de investigación. Para un análisis más detallado de esta cuestión véase De la Garza Toledo, y Leyva, (2012).

inductiva, la cual a través de un proceso flexible busca desarrollar conceptos y comprensiones que van más allá de modelos, hipótesis o teorías previas, sino que orientan la recogida de datos mediante interrogantes u orientaciones más generales (Taylor & Bogdan, 2008).

Por otra parte, es relevante el rol que asume el investigador en el desarrollo del estudio. Desde un enfoque interpretativo y fenomenológico, se reconoce que si las personas construimos el mundo, entonces el investigador no puede aislarse del mundo que conoce, sino más bien estudia a las personas en el contexto de su pasado y las situaciones en las que se encuentran, reconociendo de manera sensible los efectos que ellos mismos como investigadores pueden causar sobre las personas que participan en el estudio (Taylor & Bogdan, 2008). Al contrario, quienes conciben desde enfoques más positivistas, que el conocimiento es independiente del investigador y se puede fragmentar y examinar individualmente en cada una de sus partes, entonces el investigador puede aislarse de lo que está examinando (Maykut & Morehouse, 1999), manteniendo la distancia y objetividad de las observaciones realizadas, de tal manera de no afectar la realidad investigada al recolectar información.

En el ámbito relacionado con las herramientas utilizadas para recolectar información, la aproximación cualitativa como diseño emergente utiliza instrumentos de naturaleza abierta y flexible, que permiten a los sujetos describir lo que consideran importante y significativo, sin imponer posibilidades de respuestas pre-establecidas por el investigador; en tal sentido, lo que emerge es resultado de la *"interacción entre el investigador y el contexto bajo estudio, lo cual es impredecible por adelantado"* (Di Silvestre, 2012, 22).

Las indagaciones de tipo cualitativo facilitan descubrir el verdadero significado de los fenómenos sociales, combinando un intenso análisis de detalles de la conducta humana, pensamientos, significados, concepciones que se explicitan de alguna forma en la interacción social dentro de un contexto.

Ampliando las propuestas respecto a las características de los métodos cualitativos ofrecidos por Ruiz Olabuénaga (2003, 23), podemos plantear que los métodos cualitativos se distinguen, al menos, por lo siguiente:

- a. Tiene como **objetivo comprender y reconstruir significados de los fenómenos**, hechos, procesos o comportamientos, sobrepasando la mera descripción de situaciones sociales.
- b. Utiliza fundamentalmente un **lenguaje de conceptos**, en donde adquieren relevancia las narraciones, viñetas y descripciones, más que las fórmulas y test estadísticos, tablas o cuantificaciones.
- c. Los procesos de aproximarse y recoger información son **flexibles y poco estructurados**, utilizando fundamentalmente la observación y entrevista en profundidad que enriquecen los datos que se van obteniendo, en lugar de utilizar encuestas masivas o experimentos.
- d. Se basa en procedimientos con **énfasis inductivos más que deductivos**, intentando reconstruir los fenómenos estudiados a partir de la información recolectada en su propio contexto, en lugar de buscar la comprobación de hipótesis establecidas a priori.
- e. Posee una **orientación holística y contextualizada** que busca reconocer la subjetividad y valorar los contenidos y significados de las experiencias particulares, sin la intención de generalizar una pequeña muestra estudiada al universo que representa.

### 7.3. TIPO DE ESTUDIO: ESTUDIO DE CASO

Un enfoque metodológico que cumple con las características descritas es el estudio de casos (Stake, 1995). Me he inclinado por este método porque además de permitirme alcanzar los objetivos de esta investigación, brinda importancia al intento por describir y comprender de manera profunda una realidad singular, en el caso de este estudio, la práctica pedagógica de profesores expertos en la formación enfermera.

El estudio de caso posee un tipo de análisis que permite conocer lo único, particular e idiosincrásico de una situación o fenómeno, que lo hacen legítimo en sí mismo (Vásquez & Angulo, 2003), convirtiéndose en este caso en una oportunidad para presentar ejemplos y situaciones reales que pueden ser analizadas desde diferentes perspectivas y niveles cognitivos. No obstante, se debe tener en cuenta que no se busca



encontrar un caso representativo, sino más bien es necesario estar atentos a descubrir todo lo que se pueda aprender del estudio de un caso concreto o un grupo de casos (Vásquez & Angulo, 2003).

El presente estudio podría definirse, de acuerdo a la clasificación que hace Stake (1995), como un estudio de caso *colectivo e instrumental*, el cual selecciona una colectividad de entre los posibles casos y se caracteriza por poseer cierto nivel de instrumentalidad, en el sentido que el caso está definido en razón de comprender un fenómeno más amplio a través de su conocimiento. Esta comprensión da luces respecto a un problema o a las condiciones que lo afectan más allá del caso seleccionado, el cual para este estudio se definirá como un conjunto de casos vinculados a la práctica pedagógica de profesores expertos en la formación de enfermería.

En consonancia con lo antes expuesto dentro del marco de la investigación cualitativa, se realizará a continuación una descripción metódica de las decisiones metodológicas, y de los criterios y fundamentos puestos en juego para tales decisiones, como parte de la biografía del proceso investigador, como una manera de garantizar la credibilidad de este trabajo como estudio cualitativo (Erickson, 1989).

El estudio de caso, para definirse como tal, debe contemplar algunas características, que según Vásquez & Angulo (2003) serían las siguientes:

- Tratarse de una especificidad simple o compleja, individual o institucional. El presente estudio trata la especificidad de ser profesor experto en la formación enfermera, que en este caso se visualiza como un fenómeno complejo en términos de la multiplicidad de factores que se relacionan para que un docente llegue a ser un formador experto, teniendo un reconocimiento evidente por su entorno y desarrollando prácticas pedagógicas que son reflejo de su conocimiento práctico, y se constituyen en la evidencia de una estructura personal y tácita asociada a emociones, percepciones temporales e imágenes de los profesores (Angulo Rasco, 1999).
- Identificación de lo particular y lo común, investigando la naturaleza, historia, ambiente, contexto socioeconómico, político, legal y estético, además de otros casos que lo diferencian y reconocen.

- Reconocer la singularidad y lo complejo del caso, identificando las complejidades que lo determinan y definen.
- Explicitar los valores y saberes del investigador, reflexionando respecto a lo que se está haciendo y su relación con las personas del caso con las que interactúa durante la investigación. En tal sentido, es relevante dar cuenta de las metodologías de análisis utilizadas y de la propia voz del investigador durante dicho análisis.
- Es un espacio social de interacción, por un lado en términos de las relaciones y vivencias que establecen las personas que son parte del caso, y por otro lado, porque:

*“Trabajar en un caso es entrar en la vida de otras personas con el sincero interés por aprender qué y por qué hacen o dejan de hacer ciertas cosas y qué piensan o cómo interpretan el mundo social en el que viven y se desenvuelven” (Vásquez & Angulo, 2003, 18).*

Teniendo en consideración los aspectos antes revisados, a continuación se realizará una descripción de las decisiones metodológicas con aproximación cualitativa ejecutadas en el presente estudio de caso, de tal forma que posean coherencia con los planteamientos desde la tradición fenomenológico-hermenéutica. Se han definido dos fases de estudio, la primera de las cuales se orienta a la detección de los formadores expertos que constituirán cada caso, para luego investigar a cada uno de ellos en la segunda fase del estudio.

#### **7.4 SELECCIÓN DE SUJETOS PARTICIPANTES**

Con el objeto de seleccionar a los profesores que serán caracterizados como expertos en la formación clínica<sup>31</sup> de los estudiantes de enfermería, se escogerán dos

---

<sup>31</sup> Para el presente estudio se ha contemplado formación clínica de enfermería, como todos aquellos espacios formales del currículum donde los estudiantes desarrollan sus habilidades prácticas para el cuidado. Esto considera fundamentalmente:

**Seminaris:** *Exposicions i discussió d'aspectes practiques de l'assignatura. A l'aula i als centres de practiques, amb un horari programat. Grups de 5 a 15 alumnes segons el lloc de practiques.* (Equipo de Dirección de l'Escola Universitaria d'Infermeria de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, 2004, 152)

escuelas universitarias de enfermería de Barcelona de manera intencionada, ya que no se pretende extraer muestras representativas de universos definidos, sino más bien investigar a profesores de enfermería teniendo en consideración las características de cada contexto en particular. Así entonces, se decide trabajar en dos escuelas universitarias de enfermería con acceso geográfico factible, dispuestas a colaborar desinteresadamente en el desarrollo de este estudio, y que se caracterizarán por los siguientes elementos:

- a. Pertenecer o estar adscritas a una universidad pública, lo cual asegura un mínimo de organización y exigencias académicas para una formación profesional de calidad.
- b. Poseer amplio prestigio por la calidad de sus egresados y de los docentes que son parte de la misma, lo que implica necesariamente un cuerpo docente integrado por profesores de alta calidad.
- c. Estar vinculada a centros sanitarios de alta complejidad, lo cual favorecería espacios de formación clínica variados y de gran desafío para los estudiantes.

Para seleccionar a los profesores expertos se consultará a tres tipos de actores, de tal manera de triangular sus opiniones y poder definir los nombres de estos formadores y los principales motivos por los cuales fueron escogidos. Estos actores serán los siguientes:

---

**Pràctiques clínics:** "Assistides per un professor o col.laboradorextern. Cada alumne està assignat a un professional infermer. En els centres hospitalaris y d'atenció primària cada tutor assumeix la responsabilitat d' un sol alumne, en els centres geriàtrics y sociosanitaris cada tutor pottenir fins a màxim de tres alumnes. Amés del tutor del propi lloc de pràctiques, un professor de l'assignatura assumeix la responsabilitat del segment d' un grup d' entre 5 i 12 alumnes". (Equipo de Direcció de l'Escola Universitària d'Infermeria de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, 2004, 152-154):

**Habilidades clínicas:** Talleres grupales previos a las prácticas clínicas impartidos por una tutora clínica, donde se revisan diversas habilidades técnicas necesarias para la realización de prácticas, como lo son por ejemplo, punciones, curaciones, control de signos vitales (presión arterial, temperatura, pulso, etc.), entre otros. Los estudiantes practican las técnicas con material y equipos dispuestos por la escuela, en muñecos simulados o con sus propios compañeros.

- a. **Profesores participantes de las asignaturas profesionales<sup>32</sup>**: considerando que el equipo docente tiene experiencia acerca de las necesidades formativas de los estudiantes, y posee patrones de comparación respecto al desempeño de los formadores desde la perspectiva del profesorado.
- b. **Estudiantes de la Diplomatura de Enfermería**: se consultará a los estudiantes de segundo y tercer año que estén presentes al momento de aplicar el instrumento (finalizando alguna de sus clases teóricas). Esta decisión la he tomado porque son los estudiantes de los dos últimos años<sup>33</sup> quienes han tenido prácticas previas, y por tanto podrían tener una percepción más clara de acuerdo a su propia experiencia, respecto a quiénes son los mejores formadores clínicos de su unidad académica.
- c. **Responsables de las áreas asistenciales**: posterior al análisis de la información obtenida con los dos tipos de actores antes mencionados, se contactará a las jefaturas asistenciales directas de los profesores que fueron sugeridos como los mejores formadores. El fin será profundizar desde su visión como jefe directo, en las diferentes dimensiones emergentes de los motivos dados por estudiantes y colegas para considerarlos como mejores docentes.

Para identificar a los profesores expertos, se realizarán encuestas de opinión a estudiantes y docentes especificados en el apartado anterior, y se triangulará esta información mediante entrevistas a los responsables de las áreas asistenciales de los lugares de desempeño profesional de los docentes propuestos.

---

<sup>32</sup> Las asignaturas profesionales corresponden a las asignaturas troncales y obligatorias del plan de estudios de enfermería, que consideran la realización de prácticas clínicas por parte de los estudiantes.

<sup>33</sup> Cabe mencionar que al momento de realizar el diseño y trabajo de campo de la presente investigación, la titulación de enfermería en España tenía una duración de 3 años, correspondiente a la Diplomatura de Enfermería. A partir del curso 2009-2010, y a propósito del proceso de convergencia europea en educación superior, se inician los estudios del nuevo Título de Grado en Enfermería, con una duración de 4 años.

## 7.5 ESTRATEGIAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Una vez identificados los profesores, se utilizarán diversas estrategias que permitirán obtener una información rica y variada. La triangulación de los datos permitirá garantizar la credibilidad de los resultados de la investigación:

- a. **Observaciones participantes (OP):** la observación investigativa supera ampliamente el sentido de la vista, involucrando todos los sentidos. En la observación participante el investigador intenta no desentonar en la estructura natural de estudio, al menos hasta que ha logrado una comprensión del escenario (Taylor & Bogdan, 2008). La observación se empapa además de un proceso simultáneo de interpretación del investigador respecto a lo observado, y que también es registrado para efectos de enriquecer el análisis y las próximas indagaciones. Dicha observación puede incluir preguntas para indagar posteriormente, asociaciones con otras observaciones u entrevistas realizadas, recuerdos de experiencias propias del investigador, vínculos con referentes teóricos, entre otros.
- b. **Diario del profesor (DP):** cada profesor experto registrará concepciones, percepciones y acontecimientos que no son posibles de identificar directamente mediante las observaciones de campo. Así, cuando los sujetos del estudio relatan sus propias historias, procesan aspectos y cuestiones que no estaban suficientemente conscientes (Hernández Sampieri, 2010).
- c. **Entrevistas en profundidad (EP):** constituye una conversación a través de la cual el investigador indaga en aspectos de interés desde la perspectiva de los sujetos participantes, que puede incluir entre otros, creencias, concepciones, opiniones, sentimientos o vivencias que no son directamente accesibles a través de la observación. Así entonces, el entrevistador se aproxima de manera respetuosa y empática al mundo de los sujetos participantes, orientado por una guía de preguntas semiestructuradas, no tomando parte a favor ni en contra de lo planteado por cada uno de ellos; además de estar abierto y atento a cada

respuesta, de manera de poder introducir nuevas preguntas que enriquecerían, profundizarían o aumentarían las posibilidades de comprensión de los aspectos planteados por los sujetos (Di Silvestre, 2012).

- d. **Entrevistas emergentes (EE):** esta estrategia mantiene los mismos principios que la entrevista en profundidad descrita anteriormente, con la distinción que se realizará inmediatamente finalizada la observación. En tal sentido, esta entrevista no posee una pauta orientadora de preguntas previamente establecidas, sino más bien se construyen preguntas en base al registro de descripciones e interpretaciones realizadas en cada observación, buscando mayor comprensión de las mismas en términos del significado que le otorga la profesora vinculada a las situaciones vividas, o bien indagando en las motivaciones, saberes o experiencias que empujaron a dicha profesora a actuar del modo en que lo hizo.
- e. **Grupos focales de estudiantes (GF):** el grupo focal corresponde a un encuentro de discusión donde un grupo pequeño de personas opinan libremente sobre un tema en base a la guía de un facilitador, con el objeto de obtener miradas grupales y opiniones con sentido compartido respecto a dicha temática (Di Silvestre, 2012). En el presente estudio, los grupos focales con estudiantes se realizarán posteriormente a las actividades grupales realizadas por las profesoras en estudio, además de los estudiantes que son parte de los grupos de experiencias prácticas en la clínica, con el objeto de indagar la opinión de los mismos respecto al rol ejercido por cada profesora como facilitadora de sus aprendizajes en dichas actividades.
- f. **El diario del investigador:** paralelo a la recogida de información con las estrategias antes mencionadas, escribiré un diario del investigador para registrar mis percepciones, sensaciones, experiencias relacionadas, y en general cualquier idea que sea parte de mi marco conceptual y que pudiera influir de alguna manera en mis registros de observaciones y/o en el análisis de la información recolectada, lo cual constituirá un **metarelato**.

## 7.6 ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizará un modelo de análisis principalmente inductivo, orientado por la estrategia de las **Comparaciones Constantes** propuesta por Glaser y Strauss (1967) (referido por Medina, 2005), cuya etapa inicial contempla la transcripción literal de cada entrevista, observación o grupo focal, vinculando cada uno de ellos con los identificadores establecidos para cada sujeto participante y estrategia de recolección de información. Luego corresponde realizar una extracción de fragmentos desde la información transcrita, para elaborar una descripción densa de los datos mediante la creación de unidades de análisis codificables. La creación de códigos implica una definición del sentido que representa cada código, lo cual concluye en una matriz de definición de códigos.

Posteriormente corresponde el establecimiento de vínculos entre los diferentes códigos, buscando elementos en común que permitan definir agrupaciones o categorías que den cuenta de algún tema o idea en particular que a su vez se puede relacionar con otros conceptos. Los vínculos de las categorías entre sí, y su relación con la conceptualización teórica concluyen en la creación de metacategorías, que corresponderán a los resultados troncales del estudio que intentan dar respuesta a los objetivos establecidos en la presente investigación, pero sin perder la oportunidad de realizar una comprensión del fenómeno que pueda sobrepasar los objetivos establecidos.

Como manera de optimizar los tiempos y organizar la gran cantidad de información obtenida – considerando que son múltiples las estrategias y técnicas de recogida de información- se utilizará el programa para el análisis de datos cualitativos Atlas-ti. En tal contexto, es necesario prestar especial atención en no reducir el análisis a una codificación y recuperación de datos que termine en el “*conteo de frecuencia de códigos*”, sino más bien la asignación de códigos será una manera de “*pensarlos de modos nuevos y diferentes*” (Coffey & Atkinson, 2003, 35), desarrollando sobre todo un proceso heurístico y recursivo.

El proceso antes descrito contempla necesariamente el establecimiento de una lógica tanto desde el punto de vista del investigador (etic), como de los actores que son parte del contexto investigado (emic). Asumo las dificultades que puede tener el intento por

hacer dialogar, interactuar y convivir dos miradas que probablemente tengan marcos teórico-conceptuales diferentes, en base al fundamento que la investigación naturalista/interpretativa tiene como objeto la "*producción de redes conceptuales a partir de las cuales podemos comprender la realidad*" (Medina, 2005, 55). A mi juicio, la manera de comprender esta realidad investigada no puede ser aislada de uno u otro actor -en este caso, de los profesores investigados y de mi mirada como investigadora- ya que ambos interactuamos y nos enfrentamos a la misma realidad que está siendo analizada, y por tanto, podemos tener distintas maneras de ver, entender, interpretar y percibir cada situación y contexto.



## **8. CAPÍTULO 8: EL TRABAJO DE CAMPO**

### **8.1. ELECCIÓN DE CENTROS PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN Y ACCESO AL CAMPO**

Las escuelas universitarias de enfermería en Barcelona, escogidas por cumplir con todos los criterios establecidos en el diseño, fueron la Escola Universitària d'Infermeria (EUI) de Vall d'Hebron<sup>34</sup> y la EUI de Santa Creu y Sant Pau. Ambas escuelas adscritas en el período de desarrollo del trabajo de campo a la Universidad Autónoma de Barcelona, cuentan con centros sanitarios de alta complejidad donde las estudiantes de enfermería desarrollaban sus prácticas clínicas, además de poseer amplio prestigio en España por la calidad de sus egresados y formadores.

En septiembre del año 2006 se realizó la mediación de las autoridades y acceso inicial al campo, tomando contacto inicialmente vía telefónica y por carta formal con las directoras de las escuelas de enfermería posibles de incluir como campos para la presente investigación y adjuntando un resumen del proyecto (Anexo 1). En base a la disposición manifestada, se concretó una reunión para explicar con mayor detalle los propósitos, condiciones, métodos y tiempos proyectados para la realización del trabajo de campo. Asimismo, se acordaron los procedimientos más pertinentes para oficializar la autorización del desarrollo de la investigación, según las condiciones establecidas en cada escuela y campo clínico respectivo.

En octubre de 2006 se realizó una reunión con las jefas de estudios de cada EUI, para concretar día, hora y lugar de encuentro con los profesores y los estudiantes de manera separada, con el objeto de poder identificar los mejores formadores vinculados a la formación clínica de enfermería.

### **8.2 IDENTIFICACIÓN DE LOS MEJORES FORMADORES**

En el caso de la **Escuela de Santa Creu y Sant Pau**, se asistió en dos ocasiones posterior a las clases de los estudiantes, se les explicó el propósito del estudio, la

---

<sup>34</sup> En la actualidad forma parte de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona.

voluntariedad de su participación y se aplicó la **encuesta de opinión para estudiantes** (Anexo 2) que consulta sobre los nombres de los formadores clínicos que según su experiencia, son quienes **más le han ayudado a aprender** y han sido especialmente significativos en su formación clínica, preguntando sobre los fundamentos para tal decisión. Esta encuesta es respondida por un total de 57 estudiantes, de los cuales 36 corresponden al segundo año de estudio y 21 estudiantes al tercer año. Por otra parte, se aplica una encuesta de opinión a 7 profesores (Anexo 3) que asisten de manera voluntaria a la convocatoria dentro de su jornada de trabajo, con el objeto de indagar respecto a quiénes de sus pares, consideraban eran los mejores formadores del área clínica.

En el caso de la **Escuela Vall d'Hebron**, dada su estructura curricular integrada mediante el aprendizaje basado en problemas, los estudiantes asistían a la escuela por grupos diferenciados en diversos horarios, además de encontrarse muchos de ellos en distintas prácticas clínicas al momento de recoger la información, lo cual dificultó los encuentros con ellos. Por el motivo anterior, se realizó en primer lugar una encuesta a los 4 profesores coordinadores de área, quienes definieron desde su percepción quiénes serían los mejores formadores en cada uno de sus ámbitos, especificando los motivos de dicha propuesta. Posterior a esto, se aplicó la encuesta de opinión a estudiantes que habían tenido experiencia clínica con los tutores calificados como los mejores por parte de cada coordinador. Esta encuesta se aplicó de manera personalizada en la escuela y en los campos clínicos, según el espacio donde se encontraron los diversos estudiantes entre el 15 de octubre y el 15 de noviembre de 2006, logrando un total de 21 encuestas, de las cuales 10 correspondían a estudiantes de 2º año de la titulación y 11 encuestas a estudiantes de 3º año.

Todas las encuestas tuvieron un carácter anónimo, para respetar la privacidad de quienes respondieron y asegurar la libertad de opinión. Estas encuestas fueron numeradas, especificando la escuela de pertenencia de quien responde y el nivel de estudios en la carrera para el caso de los estudiantes.

Posterior a la aplicación de las encuestas, se estableció en primer lugar un identificador para cada profesor mencionado como mejor formador desde SP1 (Sant Pau y Santa Creu) a SP 8, para el caso de aquellos vinculados a la Escuela de Sant Pau y Santa Creu; y desde VH 1 (Valle Hebrón) a VH 6 para los formadores asociados a la

Escuela de Vall d'Hebrón. Luego se hizo un vaciamiento de todas las razones y motivos que brindaron profesores y estudiantes para su elección, los cuales se agruparon inductivamente en cuatro categorías. Se presenta una matriz de vaciado en el Anexo 4, donde se identifican los docentes elegidos como mejores formadores de cada EUI, cuyas razones se agrupan en las siguientes categorías:

- **Disciplinar:** se refiere a características relacionadas con el manejo del conocimiento teórico, fundamentos del actuar, e integración teoría práctica, además de reconocerlos como profesionales "formados".
- **Pedagógico:** considera manejo de técnicas y estrategias de enseñanza que facilitaban el aprendizaje de los estudiantes.
- **Actitudinal:** incluye la disposición, actitudes y habilidades comunicacionales de la docente con el estudiante, lo cual motiva, acerca y facilita su formación.
- **Experiencial:** se vincula al reconocimiento de su experiencia como facilitadora del aprendizaje y su acción profesional enfermera(o) como un referente o modelo a seguir.

Con lo anterior, se seleccionaron tres formadoras vinculadas a cada EUI, que cumplieran con los siguientes criterios:

a) **Criterios de inclusión:**

- Formadores que con mayor frecuencia fueron nombrados por los estudiantes y los profesores de la escuela.
- Profesores con al menos 3 años de experiencia docente.
- Los motivos por los cuales se les asignó la característica de *buen docente*, superaban meramente la posesión de conocimientos, con justificaciones como, por ejemplo, "El profesor sabe mucho", e incluyó otras dimensiones relacionadas con aspectos profesionales, didácticos, interpersonales y/o psicosociales en general.
- Profesores que para el año académico siguiente tuviesen programado participar en la formación de estudiantes en actividades de formación clínica, ya sean en aula o en los campos clínicos.

- b) **Criterios de exclusión:** no son considerados como sujetos participantes de la presente investigación aquellos profesores que nieguen su consentimiento para la participación en el estudio.

Una vez que se identificaron las postulantes a profesoras expertas por cumplir con los criterios de inclusión descritos, se realizó una entrevista breve (Anexo 5) a las enfermeras responsables de las áreas asistenciales donde se desempeñaban las formadoras sugeridas por estudiantes y profesores. La totalidad de estas profesionales manifestó absoluto acuerdo con la caracterización de las formadoras expertas seleccionadas.

Así entonces, se establecieron como profesoras participantes en el estudio a dos profesionales de enfermería de la Escuela de Valle de Hebrón (VH3, VH1) y a una de la Escuela de Santa Creu y Sant Pau (SP1), las cuales serán identificadas a lo largo del estudio como P1, P2 y P3. Todas estas formadoras fueron ampliamente reconocidas tanto por profesores y estudiantes, como por sus responsables asistenciales, y tenían las siguientes características:

**Tabla N°2:** Caracterización profesoras escogidas como expertas del estudio

<b>Dimensión</b>	<b>VH1</b>	<b>VH3</b>	<b>SP1</b>
Experiencia clínica	10 años	29 años	27 años
Experiencia docente	3 años	12 años	10 años
Vínculo con EUI	Tutora Adjunta	Tutora Adjunta	Prof. Asociada
Actividad docente en el período del trabajo de campo	Tutora referencia práctica clínica At. primaria	Tutora referencia práctica clínica Traumatología Tutora Habilidades clínicas	Tutora referencia práctica clínica pediatría Tutora práctica Fundamentos enfermería Tutora Seminarios Profesora clases teóricas
Área desempeño laboral	Atención primaria	Traumatología	Neonatología
Formación académica	Máster en Gerontogeriatría y Máster en Salud Pública Licenciatura en Antropología	Máster en Geriatría y Cs. de la Salud Cursos de Investigación	Especialidad en Pediatría Varios cursos en áreas vinculadas a pediatría y Neonatología

### 8.3 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN CON LAS DOCENTES ESCOGIDAS COMO MEJORES FORMADORAS

Una vez seleccionadas las profesoras participantes con la caracterización de expertas, se toma contacto con ellas vía telefónica y se concreta una cita con el fin de explicar los propósitos y la metodología del estudio, y específicamente su participación en el mismo, asegurando por sobre todo la confidencialidad de la información observada o manifestada verbalmente en el transcurso de la investigación. La manera de formalizar el aspecto antes mencionado fue mediante la firma del consentimiento informado (Anexo 6).

En coherencia con los planteamientos ontoepistémicos explicitados en el capítulo anterior, se inicia el trabajo de campo, llevando a cabo estrategias diseñadas para el logro de los objetivos centrales de la presente investigación.

Cabe mencionar que toda la información expuesta en este estudio en relación a las profesoras expertas participantes VH3, VH1 y SP1, utilizarán los identificadores de **P1**, **P2** y **P3**, respectivamente.

### **8.3.1 Observaciones participantes**

Las observaciones se realizaron entre marzo de 2007 y enero de 2008, con una pauta de observación en espacios formativos con las características detalladas en la Tabla 3. Para determinar el tipo de observación presente fue clave la entrevista realizada con la supervisora de uno de los servicios donde se harían las observaciones. Ella manifestó que se vería mal ante los ojos de las colegas y auxiliares que la investigadora estuviese mirando sin hacer nada, y que sería recomendable participar en tareas menores. Esto significaría según Junker, 1960, (referido por Vallés 1997: 152) que debería realizar una observación clasificada Rol tipo III: Observador como participante, en la cual hay un predominio por la observación, pero también hay una participación menor. Hay una revelación de la actividad de observación con las personas que son parte de la situación, es decir, todos saben qué estoy observando. En la presente investigación, el registro de la observación utilizará un formato estándar (Anexo 7) que incluye los siguientes elementos:

- Identificador de la observación: N° observación según profesor.
- Lugar.
- Fecha.
- Hora de inicio y de término.
- Tipo de actividad: práctica, taller, clase, tutoría, etc.
- Doble columna de observación: descripción e interpretación.

**Tabla N°3:** Características observaciones participantes y N° de horas

Actividad Observada	Docente experta	Lugar	Principales actividades	N° y nivel estudiantes	N° Hrs
Práctica clínica	P1	Servicio Traumatología	Tutoría directa atención enfermería pacientes hospitalizados.	1 al. 1° año 1 al. 2° año	18
Habilidades clínicas	P1	Aula habilidades EUI	Demostración y práctica de procedimientos: curaciones, control signos vitales, inyectables, etc.	25 als. 1° año	15
Práctica clínica	P2	Centro Atención Primaria	Atención pacientes adultos con patologías crónicas.	2 al. 2° año	19
Práctica clínica	P3	Varios Servicios pediatría	Visitas semanales, análisis de prácticas: cumplimiento de objetivos y planificación.	9 als. 3° año	8
Práctica clínica	P3	Centro Adultos mayores	Visitas semanales, análisis de prácticas: cumplimiento de objetivos y planificación.	5 als. 1° año	6
Seminarios	P3	Aula EUI	Compartir y realizar análisis grupal aprendizajes experiencia clínica.	30 als. 2° año	4
Clases teóricas	P3	Aula EUI	Clases expositivas.	40 als. 3° año	7
<b>TOTAL</b>					<b>77</b>

### 8.3.2 Diario del profesor

Cada profesor escribió un relato de acuerdo a la orientación brindada a través de una pauta de preguntas vinculadas a los objetivos establecidos en el estudio (Anexo 8) y a los aspectos que no podrían ser recogidos directamente mediante observaciones, la cual se les entrega al iniciar el trabajo, disponiendo de un mes para escribirlo. Este

diario fue realizado en su totalidad por las tres formadoras, incluyendo fundamentalmente opiniones y experiencias tanto del ámbito profesional como personal, que abrían un primer espacio de confianza para continuar con el estudio.

### **8.3.3 Entrevistas en profundidad**

Posterior a un primer análisis del Diario del Profesor, se elaboró una pauta de preguntas (Anexo 9) con la cual se realizó la primera de las entrevistas en profundidad. Las respuestas y análisis de esta primera entrevista permitieron introducir nuevas preguntas emergentes que enriquecerían la información recolectada mediante una segunda entrevista. Todo lo anterior, con el objeto de aclarar, profundizar y aumentar las posibilidades de comprender diversos aspectos mencionados por cada formadora en su relato escrito.

Por otra parte, se realizaron entrevistas en profundidad a cinco de las estudiantes que desarrollaron prácticas clínicas bajo la tutoría de las formadoras participantes del estudio, para indagar respecto a la influencia que ejercieron estas formadoras sobre su aprendizaje.

### **8.3.4 Entrevistas emergentes**

Se realizaron entrevistas breves a las tres profesoras inmediatamente finalizadas las observaciones, abordando preguntas en base al registro de descripciones e interpretaciones realizadas en cada observación, buscando mayor comprensión de las mismas.

### **8.3.5 Grupos focales de estudiantes**

Se realizaron tres grupos focales con estudiantes diferentes que asisten voluntariamente al encuentro. El primer GF se realiza a 21 estudiantes de tercer año, posterior a una clase masiva realizada por P3; el segundo con 10 estudiantes de primer año posterior al desarrollo de un taller de habilidades clínicas realizado por P1; y el



último, con un grupo de 7 estudiantes de primer año que habían acabado recientemente un período de práctica clínica, donde P3 había ejercido como supervisora.

### **8.3.6 El diario del investigador**

Este metarelato explicitó mis concepciones y reflexiones en torno a los procesos vividos como investigadora y sus relaciones con el objeto de estudio, reconociendo que mis valores como sujeto investigador influyeron en el modo en que recogí y analicé los datos, y por tanto, en el proceso de comprensión-interpretación del contexto investigado. Busqué coherencia con el reconocimiento del mundo como una construcción social, donde yo como investigadora era parte del mismo. En tal sentido, ambos éramos interdependientes, inclusive para la construcción del conocimiento, con lo cual como investigadora no era posible brindar una mirada absolutamente objetiva y distante de lo que estaba examinando, más aún considerando mi experiencia como profesora de enfermería, y particularmente como formadora en las prácticas clínicas. En consecuencia, mi rol como parte de los procesos de enseñanza aprendizaje de los estudiantes y también como investigadora, me brindaron una visión desde dentro de los datos, adquiriendo de tal forma una mirada perspectivista (Maykut, P. & Morehouse, R., 1999). En tal sentido, este metarelato incorporó mi forma de percibir la realidad educativa, lo cual se evidencia en algunos extractos de dicho diario que se presentan en el Anexo 10.

A modo de síntesis de todo este proceso, presento la siguiente tabla en la que se recoge la asociación entre los objetivos del presente estudio y las estrategias de recolección utilizadas, además del fundamento para tales decisiones.

Tabla 4: Estrategias de recolección de información para el logro de objetivos

<b>Objetivo</b>	<b>Estrategia</b>	<b>Fundamento</b>
Comprender las concepciones ontoepistémicas de los profesores expertos respecto a la formación profesional y a su rol de formadores.	1. Diario personal del profesor. 2. Entrevistas en profundidad.	1. En primera instancia se entrega a cada profesor una pauta de preguntas para orientar la reflexión sobre los significados que le otorga a su práctica pedagógica, para lo cual se le da 1 mes de tiempo para desarrollarla y expresarla de manera escrita. 2. En base a la información recibida del diario personal del profesor, se construye una entrevista semiestructurada para profundizar, aclarar y/o ampliar las ideas, percepciones, posturas y significados expresados por cada profesor.
Identificar en el profesorado las principales experiencias de la historia personal y profesional, que se relacionan con su actual desempeño docente.	1. Diario personal del profesor. 2. Entrevistas en profundidad.	1. El mismo diario antes mencionado, incluye una segunda parte, donde se le solicita al profesor hacer una narrativa de su historia personal (incluida la profesional), destacando aquellos hitos que según su percepción han modelado su actual desempeño docente. Igualmente se da 1 mes de tiempo para desarrollarla y expresarla de manera escrita. 2. En base a la información entregada en el diario personal del profesor, se construye una entrevista semiestructurada para profundizar, aclarar y/o ampliar el sentido de las experiencias mencionadas en el diario y la relación con su práctica pedagógica.
Profundizar sobre las maneras y motivaciones con	1. Observación participante.	1. Se realiza un proceso de observación en diversas actividades formativas: clases, talleres, tutorías, prácticas clínicas; para poder describir las maneras

<p>las que el profesorado interacciona con sus estudiantes.</p>	<p>2. Entrevistas emergentes.</p>	<p>en que cada profesor interacciona con sus estudiantes y dejar un registro de aquello para el análisis.</p> <p>2. Post observaciones se realizan entrevistas breves para profundizar sobre los motivos por los cuales el profesor se relacionaba de determinada manera con sus estudiantes en las diversas situaciones observadas.</p>
<p>Comprender la forma en que los profesores se relacionan con otros actores del entorno clínico pedagógico, y la relación que tiene este actuar con su práctica formadora</p>	<p>1. Observación participante.</p> <p>2. Entrevistas emergentes.</p>	<p>1. Se realiza observación en los campos clínicos donde el profesor ejerce como formador y se describen las relaciones que establece con diferentes actores del contexto clínico-pedagógico: equipo de salud, pacientes, familiares, etc.</p> <p>2. Post observaciones se realizan entrevistas breves para profundizar sobre las posibles relaciones que tendrían las maneras de interactuar del profesor con su práctica como formadora.</p>
<p>Describir la manera en que los profesores gestionan los incidentes críticos con los que se encuentran en la formación clínica de sus estudiantes</p>	<p>1. Observación participante.</p> <p>2. Entrevistas emergentes.</p>	<p>1. Mediante la observación que se realiza en las diferentes actividades formativas con los estudiantes, se detectan y describen los incidentes críticos surgidos y se presta especial atención a la manera en que el profesor los resuelve.</p> <p>2. Post observación de incidentes críticos, se entrevista a los profesores respecto a los motivos y los procesos que llevó a cabo para gestionar cada situación.</p>
<p>Comprender la</p>	<p>1. Grupo de</p>	<p>1. Para el caso de actividades grupales (clases,</p>

interrelación existente entre el actuar pedagógico del docente percibido por los estudiantes, y su propio aprendizaje	discusión.  2. Entrevista en profundidad.	talleres, tutorías) se realiza un grupo de discusión con los estudiantes participantes de la respectiva actividad, para reconstruir un discurso respecto a la influencia del actuar pedagógico en su aprendizaje.  2. Para el caso de tutorías en la práctica clínica, se realiza una entrevista al finalizar la experiencia práctica a 5 estudiantes, respecto a la influencia del actuar pedagógico del profesor en su aprendizaje.
---	---	---

#### 8.4 CRITERIOS PARA EL RIGOR DEL PROCESO

En este apartado trataré de detallar aquellos procedimientos que, desde la óptica cualitativa y naturalista, se han utilizado para tratar de asegurar la veracidad de esta investigación, es decir, las estrategias usadas para alcanzar niveles elevados de rigor, credibilidad y validez en el conocimiento producido.

También soy consciente que el establecimiento del rigor, la validez y fiabilidad (por usar términos de naturaleza positivista) en la investigación cualitativa es algo que no es posible separar del desarrollo del proceso mismo de investigación. Es decir, para asegurar la credibilidad de los resultados se han utilizado procedimientos y estrategias tanto durante el proceso de recogida de información, como en el de análisis de la misma. Con el propósito de cautelar el rigor de esta investigación sin perder de vista la naturaleza de la misma, se toma como referencia lo propuesto por Guba (1983), quien ha logrado establecer ciertas técnicas y estrategias que permiten el cumplimiento de criterios de rigor para investigaciones cualitativas. El siguiente cuadro hace un paralelo de terminologías desde la mirada científica (positivista) y la naturalista/interpretativa de tales criterios.

**Tabla N° 5:** Términos racionalistas y naturalistas apropiados para los cuatro aspectos de credibilidad (Guba, 1983,153)

ASPECTO	TERMINO CIENTÍFICO	TERMINO NATURALISTA
Valor de la verdad	Validez interna	Credibilidad

---

---

Aplicabilidad	Generalización/Validez externa	Transferibilidad
Consistencia	Fiabilidad	Dependencia
Neutralidad	Objetividad	Confirmabilidad

A continuación se describe cada aspecto y se detallan las estrategias llevadas a cabo en el proceso recursivo de recogida y análisis de datos para dar cumplimiento a cada criterio de rigor en esta investigación.

#### 8.4.1 Credibilidad

*“¿Cómo establecer confianza en la verdad de los descubrimientos de una investigación particular para los sujetos y el contexto con los que se llevó a cabo la investigación?” (Guba, 1983, 152).*

Se refiere a la veracidad de los datos recogidos, en tanto representan la realidad estudiada. En otras palabras, el investigador debe procurar que lo que él cree que ocurre, es lo que realmente ocurre. Ahora bien, considerando que la naturaleza de la realidad estudiada en esta investigación obedece a significados contruidos por los profesores a partir de las relaciones establecidas con otros en determinados contextos, es que se hace imposible pensar que los datos serían expresados como un espejo de la realidad; más bien se intenta hacer una interpretación lo más fiel posible a esta realidad, siguiendo las siguientes estrategias:

- **Permanencia prolongada en el campo:** lo que favorece que las prácticas observadas y los discursos, respuestas, expresiones hechas por los diferentes actores, sean lo más espontáneas posibles, en la medida que se logra cierta invisibilidad por mi parte como investigadora en las diferentes actividades formativas observadas. Por su parte, la permanencia prolongada en el campo permite que el investigador se acostumbre al mismo, y pueda disponer de más tiempo para analizar sus notas y reflexiones, resultando un espectro más amplio de observación (Hernández Sampieri, 2010).

- **Triangulación:** el presente estudio incluyó una triangulación de datos, en donde se utilizaron al menos dos estrategias de recogida de información para cada objetivo, de tal manera de poder contrastar y comprobar la veracidad de los datos.
- **Chequeo con participantes:** se enviaron las transcripciones de las entrevistas realizadas a cada sujeto con el fin de validar o modificar su contenido. De tal manera, los participantes evaluaron si realmente expresaron lo que querían comunicar (Hernández Sampieri, 2010).
- **Comparaciones constantes:** se utilizó esta estrategia propuesta por Glaser y Strauss (1967) (referido por Medina, 2005), que buscó categorizar, agrupar y reagrupar los datos, para luego realizar un proceso de comprobar todos estos datos y las interpretaciones de los mismos, y evitar las contradicciones entre ellos. Las descripciones detalladas, completas y profundas, a su vez que sencillas y claras facilitaron la comprensión del contexto en general, y a su vez de los detalles del fenómeno en estudio (Hernández Sampieri, 2010).

#### 8.4.2 Transferibilidad

*“¿Cómo determinar el grado en que pueden aplicarse los descubrimientos de una investigación particular a otro contexto o con otros sujetos?” (Guba, 1983, 152).*

Siendo consciente que en la presente investigación los elementos de contexto jugaron un rol fundamental, y por tanto se hacía difícil pensar en “generalizar” los resultados obtenidos desde un enfoque más positivista; se hicieron los máximos esfuerzos por presentar conclusiones claras y fieles a las características de la realidad estudiada, lo cual dio espacio a la posibilidad de transferir algunos aspectos a otros contextos (Hernández Sampieri, 2010).

De tal forma, este estudio brindó una posibilidad de visualizar proyectos de formación docente que se orienten a la mejora de los procesos de enseñanza aprendizaje en el área profesional, ya que otorgó una teoría pedagógica que puede servir como punto de partida para formar a los profesores principiantes, tomando en cuenta

características comunes dadas en los espacios de formación clínica de los estudiantes de enfermería.

#### **8.4.3 Dependencia**

*“¿Cómo determinar si los descubrimientos de una investigación se repetirían de modo consistente si se replicase la investigación con los mismos (o similares) sujetos, en el mismo (o similar) contexto?” (Guba, 1983,152).*

Cuando la investigación de enfoque más positivista se refiere a fiabilidad de los instrumentos de medición, busca confiabilidad, estabilidad y consistencia de tal instrumento para que se pueda utilizar en distintos estudios, dando medidas similares independientes de los contextos donde se apliquen.

Dada la naturaleza de la presente investigación, donde las situaciones observadas fueron inestables y variadas dependiendo de las características del contexto, resultaba contradictorio pensar en obtener un instrumento fiable con las características descritas en el párrafo anterior. En este sentido, lo que en esta investigación se buscó fue la congruencia interna, es decir, la utilización de estrategias de recogida de información diversas que permitieron obtener datos con cierta estabilidad. Además de procurar que las interpretaciones realizadas efectivamente fuesen reflejo de los datos descriptivos, para lo cual se conservaron todos los documentos primarios donde se registró la recogida de la información.

Por su parte, en la presente investigación se realizaron y explicitaron en este mismo apartado, las siguientes acciones que aportarían evidencia para demostrar que se ha cumplido con el criterio de Dependencia (Hernández Sampieri, 2010, 473):

- Se han entregado especificaciones respecto a la perspectiva del investigador y el diseño utilizado.
- Se han explicitado claramente los criterios de selección de los sujetos participantes y las estrategias de recolección de datos.
- Se ha explicado el rol del investigador en el campo y los métodos de análisis de datos.
- Se han especificado los contextos en los que se han realizado las recolecciones de datos y su incorporación al análisis.

- Se ha documentado lo realizado y se ha dispuesto mediante los documentos primarios.
- Se ha puesto en evidencia el cuidado con el cual se recogieron los datos, dando la posibilidad a todos los participantes de exponer, al menos, lo indispensable en coherencia con los planteamientos de estudio.

#### **8.4.4 Confirmabilidad**

*“¿Cómo establecer el grado en el que los descubrimientos de una investigación solo son función de los sujetos investigados y condiciones de la investigación, y no son inclinaciones, motivaciones, intereses, perspectivas, etc., del investigador?” (Guba, 1983,152).*

La confirmabilidad o confirmación considera el rastreo de los datos en sus fuentes primarias y la explicitación de la lógica utilizada en el proceso de interpretación (Hernández Sampieri, 2010). En tal contexto, siendo imposible en este estudio la pretensión de objetividad como distanciamiento y no interferencia del investigador con el objeto/sujeto observado, se buscó la confirmabilidad de los datos mediante la triangulación de la interpretación de éstos, incluyendo la revisión del director de tesis como un investigador con experiencia.

Aportaron también al cumplimiento de este criterio algunas estrategias que ya se han explicitado, como lo son la estancia prolongada en el campo, la triangulación, el chequeo con los participantes y la reflexión sobre los prejuicios, creencias y concepciones del investigador (Hernández Sampieri, 2010).



## 8.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN

### 8.5.1 Consentimiento informado

Al invitar a participar a cada profesor y estudiante en la presente investigación, se les explicaron los propósitos de la misma y el tipo de participación que tendrían en ella, resolviendo las dudas que fueron necesarias. Luego de la aceptación voluntaria de cada sujeto, se le solicitó firmar un documento de consentimiento informado (Anexo 5), donde declara comprender los aspectos antes mencionados y aceptar la participación en la investigación, bajo las siguientes condiciones:

- En todo momento se protegió su anonimato y la confidencialidad de la información que se recogió.
- Podía decidir en cualquier momento abandonar el estudio, sin que esto implicara ninguna consecuencia para él o ella.
- Durante el desarrollo del estudio recibió por parte de la doctoranda, las transcripciones de la información recogida, con el objetivo de corroborar la fidelidad de la misma.
- Al finalizar el estudio se puso a disposición de cada escuela un documento con los principales resultados de la investigación, sin identificar directamente los contenidos con los sujetos participantes.

### 8.5.2 Confidencialidad

Para asegurar la confidencialidad de la información recogida, se codificaron los nombres de los participantes para el análisis y la presentación de los datos, con identificadores de la siguiente manera:

- Profesoras expertas: **P1-P2-P3**.
- Alumnas/os que realizan prácticas con tutoras en estudio: **A1 hasta A12**.
- Alumnas/os que participan en actividades de aula impartidas por tutoras en estudio: **A13 hasta A43**.

Respecto a la entrega del informe a cada escuela universitaria de enfermería involucrada, se prestó especial atención a la manera de presentar los resultados de la investigación, de tal forma de impedir la identificación de los mismos con cada escuela y sujeto participante.

## **8.6 EL PROCESO DE ANÁLISIS DE DATOS**

El proceso de análisis contempló tres niveles, lo cual favoreció una inspección rigurosa de las posibilidades que podían otorgar los datos. Por su parte, el uso del programa computacional Atlas-ti facilitó organizar las más de 300 páginas transcritas a partir de la información recolectada, favoreciendo la búsqueda y recuperación de los fragmentos extraídos y categorizados para su análisis, el agrupamiento en metacategorías y el establecimiento de núcleos temáticos emergentes.

Se presenta a continuación el análisis en tres niveles, aun cuando es relevante destacar que no han sido etapas ordenadas y secuenciales, sino más bien se han desarrollado de manera recursiva y circular, desde el análisis de los primeros diarios de campo hasta la realización y análisis de las últimas observaciones y entrevistas emergentes.

### **8.6.1 Primer nivel de análisis: Segmentación y codificación de unidades de significado**

Inicialmente se realizó una transcripción literal a formato Word de cada diario, entrevista, observación o grupo focal, vinculando cada transcripción con los identificadores establecidos para cada sujeto participante y estrategia de recolección de información. Se hizo envío de las transcripciones a los sujetos involucrados para su revisión y validación, proceso durante el cual hubo escuetos cambios en algunas entrevistas de las profesoras, contando con el acuerdo total para el resto del contenido de los documentos.

Luego se realizó una extracción de fragmentos desde la información transcrita, elaborando una descripción densa de los datos mediante la creación de **1216 unidades de significado**, que corresponden a fragmentos del corpus de datos transcritos que

reflejaban alguna idea o planteamiento relevante para el estudio y que se fueron asociando a categorías construidas de manera inductiva y abierta. Esto significó que no había etiquetas, ni categorías previamente existentes, sino que se fueron buscando nombres y definiciones que reflejaran lo más fielmente las unidades de significado que allí se iban asociando. Esta elaboración del sistema de categorías finalizó cuando el análisis no reveló una nueva necesidad de creación, sino más bien se saturaban las existentes, que en total fueron **119 categorías**: conceptos que subsumían en 1216 unidades de significado todo el corpus de datos analizado.

Este proceso de categorización requirió ir estableciendo definiciones para cada una de ellas en la medida que se fueron creando, con el objeto de dar mayor claridad y posibilidades de búsqueda para posteriores relaciones e interpretación. Las definiciones finales de las 119 categorías quedan recogidas en la siguiente matriz:

**Tabla N° 6: Matriz de definición de categorías**

N°	CÓDIGO	DEFINICIÓN
1	Actitudes innatas	Actitudes profesionales que no han sido aprendidas de manera planificada, sino que son innatas o propias.
2	Alertas	Situaciones en las que la formadora observa acciones en los estudiantes que le recuerdan aspectos relevantes, a destacar con el grupo, ya sea por ser errores comunes entre los estudiantes o situaciones importantes de práctica.
3	Ambiente cómodo	Momentos en los que la formadora favorece un ambiente tranquilo, distendido, positivo y motivador para aprender, ubicándose en una posición cercana al estudiante, lo cual lo releva en su discurso.
4	Ampliación experiencias	Situaciones en las que la profesora permite a la estudiante ampliar sus experiencias prácticas, ya sea con ella misma o con otros colegas, dentro del mismo contexto de aprendizaje.
5	Aprender enseñando	Ideas planteada por la tutora experta, donde explicita que participar como formadora de estudiantes de enfermería es una posibilidad de aprender y actualizarse.
6	Aprendizaje de errores	Planteamientos de la formadora respecto a aprendizajes relevantes derivados de experiencias profesionales y personales, que hoy visualiza como inadecuadas.
7	Aprendizaje experiencial	Experiencias relatadas por la formadora y consideradas como marcadoras en su aprendizaje para llevar a cabo de mejor manera su rol profesional.
8	Aprendizajes previos estudiantes	Aspectos que, en opinión de las docentes expertas, influyen en el desempeño clínico de los estudiantes y que deberían ser aprendidos previamente.
9	Aspectos a fomentar en estudiantes	Aspectos que para la formadora son importantes de fomentar en los estudiantes con los que trabaja.
10	Autoformación	Experiencias de la docente que reflejan una formación pedagógica autogestionada e informal, incluyendo su experiencia, la de otros y lectura de literatura asociada.

11	Autonomía profesional	Situaciones que reflejan la independencia profesional de enfermería.
12	Autonomía progresiva	Momentos en los cuales la profesora va dando mayor autonomía al estudiante de manera progresiva, en la medida que el estudiante va demostrando haberlo hecho bien o tener criterio claro para tomar decisiones y preguntar si no sabe.
13	Autoreconocimiento buen profesional	Declaraciones donde la formadora reconoce en su propio actuar la existencia de características de un buen profesional.
14	Bienestar del paciente	Acciones o expresiones de la docente que reflejan su interés por el bienestar del paciente, ya sea mediante preguntas relacionadas con su estado de ánimo, dolor, confort y bienestar en general, y por otra, mediante comentarios hacia el estudiante que fomentan este aspecto, lo cual es altamente valorado por los mismos.
15	Búsqueda de ayuda	Momentos en que la profesora busca ayuda o apoyo en otros colegas para cubrir las necesidades de pacientes o estudiantes que no logra cubrir sola.
16	Calidez	Situaciones donde la profesora demuestra actitudes envueltas de sentimientos en su relación con pacientes y estudiantes. Esto es expresado como "cariño" por parte de los pacientes, estudiantes o la propia formadora.
17	Características de buen formador	Características que las profesoras consideran fundamentales en un buen formador de enfermería.
18	Características de buen profesional	Características que los profesores consideran fundamentales en un buen profesional de enfermería.
19	Claridad	Expresiones de los estudiantes donde reconocen la capacidad de la docente para explicar claramente cualquier materia, con un lenguaje comprensible o "fácil".
20	¿Cómo lo has vivido?	Pregunta de la formadora hacia el estudiante frente a experiencias difíciles que han debido enfrentar a lo largo de sus prácticas.
21	Compartir experiencias pasadas	Situaciones en las que la formadora describe a los estudiantes aspectos propios de la realidad profesional, por considerarlas útiles para su formación.
22	Complejidad dependencia	Contextos en los cuales se presentan acciones de enfermería más complejas o específicas, y la formadora espera mayor tiempo para brindar independencia al alumno para llevarlo a cabo.
23	Complejidad rapidez	Escenarios que pueden resultar incómodos para el paciente, donde la formadora realiza el procedimiento de manera rápida, e integra a la alumna dando instrucciones puntuales para acciones que no retrasarán el procedimiento.
24	Complementa saberes	Momentos en los cuales la formadora complementa respuestas o explicaciones dadas por los estudiantes para brindar una mayor comprensión al aspecto tratado.
25	Complicidad	Situaciones donde la profesora brinda instrucciones a la estudiante en voz baja o en un lugar donde no se encuentra el paciente, con el fin de que éste no escuche.
26	Conclusión	Situaciones en las que la formadora, después de discutir sobre un tema con los estudiantes, repite breve y claramente los aspectos más importantes del asunto.
27	Confianza formativa	Acciones o discursos que reflejan la confianza como un elemento formador desde la perspectiva de tutora o estudiante, que favorece compartir experiencias, realizar actividades de manera autónoma, aclarar dudas, evidenciar errores.
28	Consulta comprensión	Momentos en los cuales, al acabar un tema o dar alguna explicación, la formadora pregunta al alumnado si ha quedado claro.
29	Corregir preguntando	Momentos en los cuales la profesora realiza preguntas a la alumna para que ésta se dé cuenta de sus errores, sin decirle explícitamente que el error existe hasta que la alumna lo manifiesta.

30	Corrige con fundamento	Situaciones en que la formadora brinda fundamentos a la alumna, al hacer correcciones de su actuar.
31	Corroborar aprendizaje	Momentos en los cuales la profesora hace una revisión rápida de las acciones o procedimientos que la estudiante está llevando a cabo.
32	Cuidar al estudiante	Acciones o expresiones de la formadora, que reflejan su interés por cuidar a los estudiantes para mejorar sus aprendizajes.
33	Cumplir objetivos	Situaciones donde la docente refuerza el cumplimiento de objetivos de acuerdo a su nivel de formación, y los relaciona con las temáticas que se están tratando.
34	Deberes profesionales	Planteamientos de la formadora respecto a actividades y responsabilidades que considera deben ser cumplidos por un profesional de enfermería.
35	Debilidad con fortaleza	Momentos en que la docente, al explicitar una debilidad en el actuar del estudiante, la acompaña siempre de una cualidad o característica muy positiva del mismo.
36	Debilidades de práctica	Aspectos que la formadora indica a su estudiante, deben ser mejorados durante su práctica.
37	Debilidades del formador	Aspectos que según los estudiantes, corresponden a debilidades del formador.
38	Defensa de ideales	La docente manifiesta ideales del profesional de enfermería, por los cuales se debe luchar y defender.
39	Describir y demostrar	Situaciones en las cuales la profesora, al mismo tiempo que va realizando un procedimiento, le va describiendo puntualmente a la alumna cada paso que lleva a cabo.
40	Descripción y guía	Situaciones en las cuales la profesora describe a la estudiante paso a paso las acciones que debe llevar a cabo, y le va indicando con su mano donde y como debe hacer las cosas.
41	Dificultades con estudiantes	Problemas con los cuales los formadores se encuentran más frecuentemente en la formación clínica de estudiantes de enfermería.
42	Dificultades profesión enfermera	Planteamientos de la profesora respecto a situaciones que son difíciles de abordar para el profesional de enfermería.
43	Dinamismo	Situaciones percibidas por los alumnos, en las cuales la formadora hace más amenos y atractivos aquellos temas que pudieran ser más densos o aburridos para ellos.
44	Disfrutar	Expresiones de los estudiantes respecto a su percepción de la formadora como alguien que disfruta con lo que hace, tanto como enfermera y docente.
45	Disponibilidad	Expresiones de la formadora frente al estudiante, donde manifiesta su disponibilidad para aclarar, complementar, resolver dudas o cubrir cualquier necesidad de aprendizaje del estudiante, inclusive posterior a la actividad formativa en desarrollo.
46	Distancia terapéutica	Opinión de la formadora o ejemplos de situaciones sobre aspectos que pueden influir en perder la relación terapéutica con el paciente
47	Diversos caminos	Situaciones en las cuales la formadora proyecta situaciones con las que se puede encontrar el alumno y le brinda diferentes posibilidades de acción para enfrentarlas.
48	Enlace	Momentos en los cuales la profesora vincula el saber u opinión del estudiante con un saber nuevo mediante preguntas o solicitud de relatos de experiencias.
49	Enseñar preguntando	Situaciones en las cuales la formadora desafía al estudiante mediante preguntas para que saque a relucir los conocimientos o experiencias que posee y tenga un aprendizaje más activo.
50	Enseñar sin prisa	Expresiones de los estudiantes respecto al tiempo, sin prisa, que se toma la docente para acompañarlos en sus aprendizajes.
51	Errores adyacentes	Situaciones en las cuales la formadora sugiere maneras de actuar frente a errores de terceros durante las prácticas.

52	Errores del profesor también enseñan	Situaciones en las que la formadora ha cometido errores o refiere haberlos cometido a nivel de práctica profesional, y que los ha utilizado como un aprendizaje para los estudiantes.
53	Estrategias visuales	Estrategias visuales que utiliza la formadora como dibujos, imágenes o esquemas que favorezcan el aprendizaje de los estudiantes.
54	Excelencia docente	Declaraciones de los estudiantes que reflejan su percepción de la formadora como una excelente enfermera y formadora.
55	Experiencia como estudiante	Relatos de la formadora donde describe sus experiencias pasadas como estudiante de enfermería.
56	Experiencia de alumnado	Escenarios donde la formadora adecúa su manera de enseñar a estudiantes que poseen experiencias a nivel de práctica: entrega menos información, más rapidez al hacer las cosas, utilizando la experiencia a su favor o de sus compañeros.
57	Experiencia laboral inicial	Relatos de la formadora, donde describe su experiencia laboral inicial.
58	Experiencia personal/descubrimiento	Relatos de la formadora, donde describe una experiencia personal significativa, que influyó fuertemente en su visión respecto a la manera de ser enfermera.
59	Explicitar y corregir	Situaciones en las cuales la tutora explicita el error del estudiante y explica la manera correcta de realizar la acción, fundamentándolo.
60	Extensión	Situaciones en las que la formadora, a partir de una pregunta, acción o comentario de algún estudiante, eleva su voz y brinda una información para todo el grupo.
61	Fomento de autonomía a pacientes	Descripciones que hacen los formadores respecto a estrategias que desarrollan para fomentar la autonomía en los pacientes.
62	Formación previa	Relatos donde los formadores describen los ámbitos en los que se han formado previamente y que, según su percepción, le han sido útiles en su rol de formadora.
63	Fundamentar acciones	Momentos en los cuales la profesora explica a la estudiante los fundamentos de su actuar o los objetivos a cumplir.
64	Distancia teoría práctica	Situaciones en las que la formadora reconoce las diferencias existentes entre el saber teórico y el saber práctico, y las da a conocer a los estudiantes dentro del contexto en el que se encuentran.
65	Habilidades de Comunicación	Momentos en que la formadora explicita al estudiante la importancia de este tipo de habilidades, además de demostrarlas en su relación con pacientes.
66	Imágenes formativas	Situaciones donde la docente utiliza imágenes en sus exposiciones que ilustran las ideas planteadas, además de "hacer pensar" a los estudiantes en los aspectos más relevantes del cuidado, según sus propias expresiones.
67	Implicación extra académica	Contextos donde la profesora demuestra actitudes que revelan su implicación más allá de cuestiones que tienen relación directa con lo académico- tradicionalmente entendido-, como por ejemplo, preocupación por su estado de salud, sus inquietudes personales, su bienestar, etc.
68	Importancia de prácticas clínicas	Declaraciones de los profesores respecto al valor que le otorgan a las prácticas clínicas dentro de la formación general de los estudiantes.
69	Imprescindibles	Expresiones de la formadora para justificar acciones docentes como estrategias para destacar o reforzar aspectos que deben ser aprendidos especialmente por los estudiantes.
70	Incidente crítico	Situación que saca del status quo a la formadora, le crea un conflicto y le obliga a tomar decisiones de acción en el mismo momento.
71	Influencia de sus padres	Relatos de las formadoras respecto a la influencia de la educación que han recibido por parte de sus padres en su manera de relacionarse con estudiantes.
72	Informar al paciente	Momentos previos a la realización de un procedimiento, donde la

		profesora le describe previamente al paciente lo que harán.
73	Instrumentalización del estudiante	Situaciones relatadas por la formadora respecto a su época de estudiante, o conocidas por ella, en las que el estudiante es visto y utilizado por sus tutoras como una mano de obra para sacar adelante las tareas de enfermería, sobrepasando su rol de alumno.
74	Integrar sugerencias	Momentos en los cuales, al estar llevando a cabo una actividad de enfermería, si la alumna da alguna idea o sugerencia, la profesora la integra a la actividad en caso que le parezca adecuada.
75	Liderazgo	Situaciones que reflejan el liderazgo que ejerce la formadora en su entorno disciplinar.
76	Mala praxis	Descripciones o acciones donde la formadora demuestra maneras incorrectas de actuar, destacando que es algo común pero erróneo.
77	Manejo cabal de conocimientos	Expresiones de los estudiantes respecto al buen manejo de los conocimientos que la docente posee.
78	Metáforas	Situaciones en las cuales el formador utiliza ciertas metáforas para representar, ejemplificar o aclarar una situación desde la teoría.
79	Modelaje	Situaciones en las que el estudiante realiza la misma acción que previamente ha sido observada en la profesora.
80	No soy experta	Expresiones donde la formadora reconoce sus carencias y/o falta de conocimiento respecto a cuestiones que se deben tratar con los estudiantes.
81	Opinión en evaluación	Momentos en los cuales la docente abre espacio para que el estudiante opine respecto a su desempeño en el proceso de evaluación.
82	Orientar	Situaciones en las cuales la docente indica a estudiante diversas orientaciones para resolver o enfrentar una situación vinculada con su formación.
83	Paciencia	Opiniones de los estudiantes respecto a la gran paciencia que tiene la formadora.
84	Paciente como centro	Discursos o situaciones en las que al haber más personas (alumnos, profesionales, familiares), o bien realizando alguna actividad, la enfermera ubica al paciente como su principal centro de interés.
85	Perfeccionamiento	Opiniones de la formadora sobre la necesidad de perfeccionamiento y sus experiencias al respecto.
86	Planificar	Situaciones donde la docente experta discute con otras colegas respecto a la manera de organizar a los estudiantes en sus prácticas
87	Posicionarse como alumno	Momentos en los cuales la docente al observar que un estudiante no logra realizar un procedimiento, toma la misma altura y posición del estudiante y demuestra la manera como se debe realizar.
88	Práctica enfermera de excelencia	Descripciones que hace la docente experta respecto a una práctica de enfermería que incluye un compromiso mayor que la buena praxis habitual y de alta calidad con la profesión.
89	Preguntar deseo	Manifestaciones de la formadora respecto a los espacios que brinda al alumno para que opine respecto a las actividades a realizar.
90	¿Preguntas?	Momentos al finalizar un tema tratado, en los cuales la formadora abre espacio a preguntas o aclaraciones por parte de los alumnos.
91	Procedimientos correctos	Situaciones en los cuales la formadora lleva a cabo correctamente los procedimientos que le competen profesionalmente.
92	Proyección profesional	Contextos en los que la tutora hace una transferencia de alguna experiencia o situación vivida con el futuro profesional del estudiante y las posibilidades que la situación le podría significar.
93	¿Qué tal?	Pregunta que realiza la formadora al encontrarse con las estudiantes al inicio de la actividad docente.
94	Reconducir errores positivamente	Situaciones en las que la formadora intenta buscar posibilidades de aprendizaje a partir de malas praxis o errores observados o experimentados en las prácticas.

95	Reconocer límites	Expresiones del profesor experto en las cuales reconoce que le falta conocimiento para enfrentar ciertas situaciones con los pacientes.
96	Reconocimiento usuario	Expresiones de pacientes y/o familiares del paciente, que reconocen a la docente experta como excelente profesional de enfermería.
97	Valoración positiva	Momentos en los cuales, cada vez que la alumna realiza una acción de enfermería correctamente, la profesora se lo explicita mediante frases breves, reforzando positivamente la acción.
98	Valoración positiva a pacientes	Situaciones en las cuales la formadora felicita al paciente por conductas positivas respecto a su salud.
99	Relación con paciente	Descripciones ideales que hace la formadora en las relaciones a establecer con los pacientes.
100	Relevancia del modelo	Expresiones de las formadoras donde manifiestan la importancia de los modelos en la formación profesional para los estudiantes y en su propia formación como alumna.
101	Repetición	Situaciones en las que, por evidente la dificultad de comunicación del paciente (edad, sordera, idioma, etc.) la formadora repite varias veces la misma pregunta o comentario al paciente, o bien le habla lento y fuerte hasta que éste le contesta.
102	Respetar intimidad	Acciones que lleva a cabo la profesora y que tienen como objetivo resguardar la intimidad del paciente, como por ejemplo, cerrar cortinas o cerrar puertas.
103	Retomar vacíos	Momentos en los cuales la docente retoma, después de un tiempo (minutos o sesiones previas), aspectos que habían quedado pendientes de aclarar o resolver.
104	Satisfacción	Situaciones que revelan alto grado de satisfacción en las profesoras respecto a sus experiencias como formadoras.
105	Significado de ser enfermera	Comentarios que reflejan el significado que le otorgan las formadoras a ser enfermeras.
106	Significado de ser formadora	Comentarios que reflejan el significado que le otorgan las profesoras a ser formadoras de enfermería.
107	Sin libros	Expresiones de los estudiantes respecto a enseñanzas de la formadora de aspectos que no se encuentran en los libros, maneras de ser, de relacionarse, de actuar o de involucrarse en el cuidado del otro.
108	Supervisar uno a uno	Contextos de aprendizaje grupal, donde la formadora se da el tiempo para observar a cada alumno y la manera en que éstos llevan a cabo algún procedimiento.
109	Trabajo colaborativo con auxiliar	Situaciones en las cuales la formadora realiza actividades de enfermería en conjunto con el personal auxiliar.
110	Trabajo colaborativo con estudiante	Situaciones en las cuales la formadora desarrolla actividades de manera conjunta con el estudiante.
111	Trabajo en equipo	Experiencias de trabajo en equipo comentadas por las profesoras.
112	Transmitir conocimiento	Situaciones en las cuales la formadora transmite determinados conocimientos teóricos a los estudiantes o relata hacerlo.
113	Trucos	Situaciones en las cuales la formadora describe "trucos" para llevar a cabo de mejor manera los procedimientos o acciones de enfermería. Son cuestiones que fundamentalmente son resultado de su experiencia y tienen muy buenos resultados.
114	Uso espacio	Acciones que realiza la docente para usar el espacio físico al realizar actividades de aula.
115	Valoración de equipo	Situaciones donde otros profesionales del equipo consultan la opinión a la docente respecto a determinadas situaciones de los pacientes que van más allá de su estricto rol profesional.
116	Valoración social de la profesión	Opiniones de la formadora respecto a la valoración que la enfermería generalmente tiene en la sociedad.
117	Variación en voz	Situaciones en las cuales, al ir explicando un tema, la formadora hace variaciones en su ritmo y volumen de voz según aspectos a destacar.



118	Visualizar pensamiento	Contextos en los cuales, posterior a situaciones altamente complejas, la formadora verbaliza ante el estudiante reflexiones que realizó para la toma de decisiones frente a la situación.
119	Vocación enfermera	Relato de la formadora respecto a su disposición desde siempre a querer ser enfermera, motivo no racional.

Sin duda, la preocupación constante por crear categorías que realmente reflejaran el sentido de cada unidad de significado de manera fiel y directa, inclusive en ocasiones utilizando las mismas expresiones de los sujetos participantes (codificación “in vivo”), significó generar una alta cantidad de categorías al finalizar el trabajo de campo y una definición bastante específica de cada una de ellas. Lo anterior, por una parte, facilitó la comprensión del sentido de cada categoría, pero por otra, hizo algo más complejo el manejo de esta gran cantidad de elementos en términos de ir visualizando núcleos temáticos en esta primera etapa. En tal sentido, las etapas siguientes de análisis fueron cruciales para lograr establecer resultados claros y pertinentes.

A continuación, se presenta una tabla de múltiples entradas (Tabla N° 7), donde se visualiza la frecuencia de unidades de significado asociadas a cada categoría, por cada tipo de estrategia de recolección de datos. Esta matriz permitió una visión panorámica de la aparición de los datos, tanto en las interacciones observadas directamente en las aulas y en la práctica, como en las entrevistas y en los grupos de discusión. Con tal propósito, la tabla muestra las frecuencias de unidades de significado de acuerdo a las siguientes fuentes de información:

**ODC:** Observaciones docencia clínica

**ODA:** Observaciones docencia en aula

**OTS:** Observaciones talleres y seminarios

**OE:** Opiniones estudiantes (entrevistas y grupos focales)

**EP:** Entrevistas profesoras

**DP:** Diarios profesoras

Tabla N°7: Frecuencia de unidades de significado por categoría y fuente de información

CATEGORÍA	ODC	ODA	OTS	OE	EP	DP	Total
Describir y demostrar	16	1	35	0	0	0	<b>52</b>
Enseñar preguntando	11	8	30	0	0	0	<b>49</b>

Valoración positiva	22	1	11	8	1	0	<b>43</b>
Ambiente cómodo	13	1	10	9	1	0	<b>34</b>
Compartir experiencias pasadas	4	12	7	5	2	2	<b>32</b>
Fundamentar acciones	13	1	15	1	1	0	<b>31</b>
Confianza formativa	6	0	6	18	0	0	<b>30</b>
Aspectos a fomentar en estudiantes	0	0	0	0	21	5	<b>26</b>
Bienestar del paciente	9	2	3	9	1	0	<b>24</b>
Disponibilidad	2	0	9	11	1	0	<b>23</b>
Significado de ser enfermera	0	0	0	0	10	13	<b>23</b>
Consulta comprensión	2	3	17	0	0	0	<b>22</b>
¿Preguntas?	0	4	16	2	0	0	<b>22</b>
Paciente como centro	15	0	3	1	2	0	<b>21</b>
Descripción y guía	14	0	5	1	0	0	<b>20</b>
Autonomía progresiva	14	0	2	3	0	0	<b>19</b>
Complicidad	13	0	0	4	2	0	<b>19</b>
Opinión en evaluación	14	0	0	0	2	0	<b>16</b>
Experiencia de alumnado	0	2	11	0	2	0	<b>15</b>
Extensión	0	2	13	0	0	0	<b>15</b>
Conclusión	2	0	12	0	0	0	<b>14</b>
Diversos caminos	6	0	8	0	0	0	<b>14</b>
Mala praxis	0	0	13	0	1	0	<b>14</b>
Supervisar uno a uno	2	0	12	0	0	0	<b>14</b>
Características de buen profesional	0	0	0	0	10	3	<b>13</b>
Cumplir objetivos	7	0	2	3	1	0	<b>13</b>
Deberes profesionales	7	3	3	0	0	0	<b>13</b>
Implicación extra académica	3	0	5	3	2	0	<b>13</b>
Corroborar aprendizaje	7	0	4	1	0	0	<b>12</b>
Imprescindibles	1	2	4	3	2	0	<b>12</b>
Trucos	3	2	6	1	0	0	<b>12</b>
Corregir preguntando	5	0	5	1	0	0	<b>11</b>
Distancia terapéutica	1	0	0	0	9	1	<b>11</b>
Preguntar deseo	8	1	1	0	1	0	<b>11</b>
Reconducir errores positivamente	0	0	2	9	0	0	<b>11</b>
Autoformación	0	1	1	0	5	3	<b>10</b>
Calidez	2	5	2	1	0	0	<b>10</b>
Dificultades con estudiantes	0	0	0	0	7	3	<b>10</b>
Modelaje	6	0	2	2	0	0	<b>10</b>
¿Qué tal?	7	0	0	3	0	0	<b>10</b>
Reconocer límites	3	0	4	0	3	0	<b>10</b>
Relación con paciente	0	0	0	0	8	2	<b>10</b>
Transmitir conocimiento	6	0	0	1	3	0	<b>10</b>
Enlace	0	1	8	0	0	0	<b>9</b>
Experiencia como estudiante	0	0	0	0	2	7	<b>9</b>
Incidente crítico	4	0	3	0	2	0	<b>9</b>
Perfeccionamiento	0	0	0	0	8	1	<b>9</b>
Proyección profesional	3	1	1	0	4	0	<b>9</b>
Significado de ser formadora	0	0	0	0	0	9	<b>9</b>
Características de buen formador	0	0	0	0	4	4	<b>8</b>
Errores del profesor también enseñan	1	0	5	2	0	0	<b>8</b>
Integrar sugerencias	3	0	4	0	1	0	<b>8</b>
Orientar	6	0	2	0	0	0	<b>8</b>
Planificar	2	4	0	1	1	0	<b>8</b>
Repetición	7	0	1	0	0	0	<b>8</b>
Uso espacio	0	6	1	1	0	0	<b>8</b>

Autoreconocimiento buen profesional	0	0	0	0	7	0	<b>7</b>
¿Cómo lo has vivido?	5	0	2	0	0	0	<b>7</b>
Debilidad con fortaleza	7	0	0	0	0	0	<b>7</b>
Estrategias visuales	0	0	4	3	0	0	<b>7</b>
Experiencia personal/ descubrimiento	0	0	0	0	3	4	<b>7</b>
Habilidades de Comunicación	4	3	0	0	0	0	<b>7</b>
Informar al paciente	6	0	1	0	0	0	<b>7</b>
Posicionarse como alumno	0	0	7	0	0	0	<b>7</b>
Retomar vacíos	1	1	4	1	0	0	<b>7</b>
Variación en voz	0	1	6	0	0	0	<b>7</b>
Actitudes innatas	0	0	0	0	4	2	<b>6</b>
Aprendizajes previos estudiantes	0	0	0	0	5	1	<b>6</b>
Complejidad rapidez	5	0	0	1	0	0	<b>6</b>
Complementa saberes	2	0	2	2	0	0	<b>6</b>
Cuidar al estudiante	1	0	2	1	1	1	<b>6</b>
Disfrutar	0	0	1	5	0	0	<b>6</b>
Errores adyacentes	0	0	3	0	3	0	<b>6</b>
Excelencia docente	1	0	0	5	0	0	<b>6</b>
Imágenes formativas	0	4	0	0	2	0	<b>6</b>
Importancia de prácticas clínicas	0	0	0	0	2	4	<b>6</b>
Influencia de sus padres	0	0	0	0	1	5	<b>6</b>
No soy experta	1	0	3	1	1	0	<b>6</b>
Práctica enfermera de excelencia	0	0	0	0	6	0	<b>6</b>
Aprendizaje experiencial	0	0	0	0	6	0	<b>6</b>
Sin libros	1	1	1	3	0	0	<b>6</b>
Alertas	0	0	5	0	0	0	<b>5</b>
Ampliación experiencias	4	0	1	0	0	0	<b>5</b>
Aprender enseñando	2	0	0	0	0	3	<b>5</b>
Aprendizaje de errores	0	0	0	0	4	1	<b>5</b>
Autonomía profesional	0	0	0	0	5	0	<b>5</b>
Corrige con fundamento	4	0	1	0	0	0	<b>5</b>
Paciencia	0	0	2	3	0	0	<b>5</b>
Respetar intimidad	4	0	1	0	0	0	<b>5</b>
Trabajo colaborativo con estudiante	4	0	0	1	0	0	<b>5</b>
Búsqueda de ayuda	1	0	2	1	0	0	<b>4</b>
Debilidades de práctica	4	0	0	0	0	0	<b>4</b>
Debilidades del formador	1	1	1	1	0	0	<b>4</b>
Defensa de ideales	0	0	0	0	3	1	<b>4</b>
Dificultades profesión enfermera	0	0	0	0	4	0	<b>4</b>
Dinamismo	0	0	3	1	0	0	<b>4</b>
Experiencia laboral inicial	0	0	0	0	3	1	<b>4</b>
Explicitar y corregir	1	0	3	0	0	0	<b>4</b>
Fomento de autonomía a pacientes	0	0	0	0	4	0	<b>4</b>
Liderazgo	2	0	0	0	2	0	<b>4</b>
Procedimientos correctos	1	0	0	3	0	0	<b>4</b>
Valoración positiva a pacientes	4	0	0	0	0	0	<b>4</b>
Trabajo colaborativo con auxiliar	3	0	0	1	0	0	<b>4</b>
Trabajo en equipo	0	0	0	0	3	1	<b>4</b>
Valoración social de la profesión	0	0	0	0	3	1	<b>4</b>
Claridad	0	0	0	3	0	0	<b>3</b>
Complejidad dependencia	3	0	0	0	0	0	<b>3</b>
Formación previa	0	0	0	0	2	1	<b>3</b>
Vacío teoría práctica	1	0	2	0	0	0	<b>3</b>
Instrumentalización del estudiante	0	0	0	0	0	3	<b>3</b>

Reconocimiento usuario	2	0	0	1	0	0	<b>3</b>
Relevancia del modelo	0	0	0	0	3	0	<b>3</b>
Satisfacción	0	0	0	0	0	3	<b>3</b>
Visualizar pensamiento	3	0	0	0	0	0	<b>3</b>
Enseñar sin prisa	0	0	0	2	0	0	<b>2</b>
Manejo cabal de conocimientos	0	0	0	2	0	0	<b>2</b>
Metáforas	0	1	1	0	0	0	<b>2</b>
Valoración de equipo	2	0	0	0	0	0	<b>2</b>
Vocación enfermera	0	0	0	0	2	0	<b>2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>350</b>	<b>75</b>	<b>362</b>	<b>145</b>	<b>199</b>	<b>85</b>	<b>1216</b>

La tabla anterior permitió dar una primera mirada respecto a la relevancia de algunos aspectos, ya fuese por su alta frecuencia de aparición, o bien porque fueron temáticas destacadas desde los diferentes actores. En tal sentido, se pudo enfatizar con las mayores frecuencias, por una parte, las categorías asociadas a estrategias llevadas a cabo por las formadoras expertas con los estudiantes, como “describir y demostrar”, “enseñar preguntando” y “compartir experiencias pasadas”, además de algunas categorías que reflejaban especialmente la disposición de un contexto favorecedor de los aprendizajes cuando el tutor se relacionaba con sus estudiantes, como lo son “valoración positiva”, “ambiente cómodo” y “confianza formativa”.

### 8.6.2 Segundo nivel de análisis: Definición de metacategorías

En un segundo nivel de análisis y de abstracción se ha llevado a cabo una agrupación y estructuración de las 119 categorías que han emergido en el primer nivel. Después de un proceso de comparación intercategorías en el que se buscaron similitudes estructurales, teóricas y elementos comunes, han emergido 15 metacategorías en torno a las cuales se han agrupado todas las categorías.

Este proceso de subsunción de las categorías en dimensiones más amplias fue facilitado mediante la agrupación de categorías en familias (metacategorías) del Programa Atlas-Ti. La agrupación de categorías en metacategorías fue más bien inductiva, dando origen a una matriz categorial, donde ya se puede visualizar con mayor claridad aquellos ámbitos que eran especialmente destacables en los datos obtenidos. Cabe mencionar que dadas las definiciones de las categorías y contextos diversos de las unidades de significado, en varias ocasiones un mismo código fue parte de distintas

categorías. Así entonces se construye la siguiente matriz, donde se especifican las categorías que pertenecen a cada metacategoría ordenadas por frecuencia:

Tabla N°8: Matriz categorial con establecimiento de frecuencias

<b>METACATEGORÍA</b>	<b>CATEGORÍAS INCORPORADAS</b>	<b>FREC Unid. Signif.</b>	<b>FREC TOTAL</b>
<b>Aspectos influyentes en aprendizaje</b>	Disponibilidad Claridad Describir y demostrar Enseñar sin prisa Manejo cabal de conocimientos Modelaje Procedimientos correctos Valoración positiva Supervisar uno a uno Excelencia docente	23 3 52 2 2 10 4 43 14 6	159
<b>Relación con estudiante</b>	Ambiente cómodo Calidez Paciencia Ampliación de experiencias Autonomía progresiva Cómo lo has vivido Complejidad dependencia Complicidad Confianza formativa Implicación extra académica ¿Qué tal? Trabajo colaborativo con estudiante	34 10 5 5 19 7 3 19 30 13 10 5	160
<b>Dar la voz al estudiante</b>	Complementa saberes Consulta comprensión Enseñar preguntado Experiencia de alumnado Integrar sugerencias Preguntar deseo ¿Preguntas?	6 22 49 15 8 11 22	133
<b>Estrategias de enseñanza en aula</b>	Estrategias visuales Imágenes formativas Metáforas Compartir experiencias pasadas Dinamismo Retomar vacíos Uso de espacio Variación en voz Posicionarse como alumno	7 6 2 32 4 7 8 7 7	80
<b>Centrar aprendizajes imprescindibles</b>	Aspectos a fomentar en estudiantes Conclusión Cumplir objetivos Extensión Imprescindibles Incidente crítico	26 14 13 15 12 9	129

	Descripción y guía Orientar	<b>20</b> <b>8</b>	
<b>Relación con el conocimiento</b>	Diversos caminos Vacío teoría práctica Fundamentar acciones Enlace Importancia de prácticas clínicas Incidente crítico Manejo cabal de conocimientos Sin libros Transmitir conocimiento Trucos Visualizar pensamiento	<b>14</b> <b>3</b> <b>31</b> <b>9</b> <b>6</b> <b>9</b> <b>2</b> <b>6</b> <b>10</b> <b>12</b> <b>3</b>	<b>105</b>
<b>Sentido de cuidar</b>	Autonomía profesional Autoreconocimiento buen profesional Características de buen profesional Deberes profesionales Defensa de ideales Dificultades profesión enfermera Disfrutar Distancia terapéutica Práctica enfermera de excelencia Significado de ser enfermera Valoración social de la profesión Vocación enfermera Cuidar al estudiante	<b>5</b> <b>7</b> <b>13</b> <b>13</b> <b>4</b> <b>4</b> <b>6</b> <b>11</b> <b>6</b> <b>23</b> <b>4</b> <b>2</b> <b>6</b>	<b>63</b>
<b>Significados pedagógicos</b>	Actitudes innatas Aprendizajes previos estudiantes Características de buen formador Dificultades con estudiantes Instrumentalización del estudiante No soy experta Planificar Posicionarse como alumno Proyección profesional Relevancia del modelo Satisfacción Significado de ser formadora Complicidad	<b>6</b> <b>6</b> <b>8</b> <b>10</b> <b>3</b> <b>6</b> <b>8</b> <b>7</b> <b>9</b> <b>3</b> <b>3</b> <b>9</b> <b>19</b>	<b>97</b>
<b>Uso de errores y límites para el aprendizaje</b>	Alertas Búsqueda de ayuda Corregir preguntando Corrige con fundamento Debilidades del formador Errores adyacentes Errores del profesor también enseñan Explicitar y corregir Mala praxis Reconducir errores positivamente Reconoce límites	<b>5</b> <b>4</b> <b>11</b> <b>5</b> <b>4</b> <b>6</b> <b>8</b> <b>4</b> <b>14</b> <b>11</b> <b>10</b>	<b>82</b>
<b>Relación con el</b>	Fomento de autonomía a pacientes	<b>4</b>	<b>69</b>

<b>paciente</b>	Habilidades de comunicación Informar al paciente Paciente como centro Reconocimiento usuario Valoración positiva a pacientes Relación con paciente Repetición Respetar intimidad	7 7 21 3 4 10 8 5	
<b>Cuidado humanizado</b>	Bienestar del paciente Complejidad rapidez Corroborar aprendizaje	24 6 12	42
<b>Formación de la formadora</b>	Aprender enseñando Aprendizaje de errores Autoformación Formación previa Perfeccionamiento Aprendizaje experiencial	5 5 10 3 9 6	38
<b>Evaluación</b>	Debilidad con fortaleza Debilidades de práctica Opinión en evaluación	7 4 16	27
<b>Experiencias personales de la formadora</b>	Experiencia como estudiante Experiencia laboral inicial Experiencia personal-descubrimiento Influencia de sus padres	9 4 7 6	26
<b>Relación con equipo</b>	Liderazgo Trabajo colaborativo con auxiliar Trabajo en equipo Valoración de equipo	4 4 4 2	14
<b>TOTAL</b>			1224

El análisis visual de esta matriz constata la alta relevancia que adquieren en el estudio aquellos aspectos que los estudiantes perciben como favorecedores de sus aprendizajes, y que a su vez fueron observados con persistencia durante el trabajo de campo en el desempeño de las formadoras expertas. Por su parte, las maneras en que las tutoras se relacionan con sus estudiantes poseen condiciones y características que a todas luces eran constructivas para el aprendizaje y estaban presentes tanto en el discurso, como en el ejercicio docente cotidiano de las formadoras. Cabe mencionar que la frecuencia de unidades de significado en esta matriz es mayor debido a que un número menor de categorías fue vinculado a más de una metacategoría, con lo cual se podría enriquecer el análisis.

De manera simultánea a la agrupación y a la búsqueda de relaciones de las categorías que constituyeron cada una de las metacategorías, se procedió a establecer

una definición para cada una de estas últimas, las cuales quedan reflejadas en la siguiente matriz de definiciones:

Tabla N°9: Matriz de definiciones de las metacategorías

N°	METACATEGORÍA	DEFINICIÓN
1	Aspectos influyentes en aprendizaje	Estas categorías reflejan acciones docentes que influyen en el aprendizaje de los estudiantes según la percepción de estos últimos.
2	Centrar aprendizajes imprescindibles	Incorpora categorías que representan las diversas estrategias que utiliza la formadora para centrar los aprendizajes de sus estudiantes en aspectos o materias que ella considera de mayor relevancia en la formación profesional.
3	Cuidado humanizado	Incluye unidades de significado que se asocian a la perspectiva más humanista de la enfermería y la consideración del paciente como sujeto, incluyendo acciones de cuidado o discursos de la formadora.
4	Dar la voz al estudiante	Reúne categorías asociadas a acciones de la formadora que abren la posibilidad a que el estudiante verbalice, explice o demuestre sus saberes u opiniones respecto a un tema, idea o procedimiento.
5	Estrategias en aula	Incorpora distintas técnicas y estrategias de enseñanza grupal que lleva a cabo la docente experta en el aula, ya sea en clases teóricas o seminarios.
6	Evaluación	Asocia aspectos relacionados con el estilo y los procesos de evaluación de los estudiantes.
7	Experiencias personales de la formadora	Incluye todas aquellas experiencias a nivel personal de la docente que han influido en su actual actuar docente y profesional.
8	Formación de la formadora	Estas categorías explicitan las fuentes y procesos de formación que ha tenido la docente y se destacan algunos aspectos que se pueden relacionar con su actual desempeño.
9	Relación con el conocimiento	Agrupar acciones docentes donde se refleja la manera en que construye o utiliza el conocimiento de enfermería.
10	Relación con el paciente	Asocia categorías que evidencian la manera en que la formadora se relaciona con sus pacientes en su práctica enfermera.
11	Relación con equipo	Reúne aspectos asociados a la relación de la enfermera con el equipo de salud, percibido por el alumno u observado directamente.
12	Relación con estudiante	Refleja maneras y motivos por los cuales la docente se relaciona con los estudiantes a su cargo.
13	Sentido de cuidar	Estas unidades de significado reflejan el sentido que le otorga la formadora al cuidado y al buen ejercicio profesional, en términos de lo que debe ser y es en la realidad, además de lo que construye conocimiento profesional.
14	Significados pedagógicos	Esta metacategoría incluye aspectos que reflejan el sentido que le otorga la formadora a su práctica docente.
15	Uso de errores y límites para el aprendizaje	Agrupar unidades que evidencian la utilización de errores o límites en la práctica enfermera (de profesionales, estudiantes o la misma formadora) como posibilidad de aprendizaje para los alumnos.

Disponiendo de esta reducción de información, el proceso de análisis siguiente buscó establecer los principales núcleos temáticos de este estudio. Esta etapa incluyó componentes deductivos e inductivos, ya que si bien es cierto las agrupaciones y



definiciones fueron abiertas y generativas, fue el momento en que volví a revisar los objetivos establecidos inicialmente en el estudio, en el empeño de buscar relaciones de los mismos con las metacategorías emergidas y proponer núcleos asociados.

### 8.6.3 Tercer nivel de análisis: Núcleos temáticos emergentes

Después de la exploración transversal y análisis comparativo de las metacategorías, se pudo identificar patrones conceptuales subyacentes a los datos, que se articularon en los siguientes 5 núcleos emergentes:

1. Relación tutora estudiante en la formación de enfermería.
2. Práctica pedagógica de la formadora clínica experta de enfermería.
3. Cuidado del estudiante y cuidado de enfermería.
4. Proceso formativo pedagógico profesional.
5. Discurso y realidad sobre la interacción enfermera-paciente.

Se presenta a continuación un análisis comparativo entre los 5 núcleos temáticos que componen el total de datos, destacando el porcentaje de metacategorías y unidades de significado para cada dimensión:

Tabla N° 10: Distribución metacategorías y unidades de significado por núcleo temático

N°	Núcleo temático	Metacategorías			U. de significado	
			Frec	%	Frec	%
1	Relación tutora estudiante en la formación de enfermería.	Relación con estudiante Aspectos influyentes en aprendizaje	2	13.3%	319	26.1%
2	Práctica pedagógica de la formadora clínica experta.	Dar la voz al estudiante Estrategias en el aula Uso de errores y límites Evaluación	4	26.7%	322	26.3%
3	Cuidado del estudiante y cuidado de enfermería.	Sentido de cuidar Significados pedagógicos	2	13.3%	160	13.1%
4	Proceso formativo pedagógico profesional.	Formación de la formadora Relación con conocimiento Experiencias personales	3	20%	169	13.8%
5	Discurso y realidad sobre la interacción enfermera-	Relación con paciente Cuidado humanizado Relación con el equipo Centrar aprendizajes	4	26.7%	254	20.7%

---

---

	paciente.					
	<b>TOTAL</b>		<b>15</b>	<b>100%</b>	<b>1224</b>	<b>100%</b>

El proceso antes mencionado significó tomar conciencia de la existencia de algunos elementos transversales que se relacionaban con distintas aristas de las categorías y metacategorías establecidas. Así entonces, las definiciones de los núcleos temáticos que reflejan las descripciones e interpretaciones contenidas en cada uno de los mismos, son las siguientes:

**a) RELACIÓN TUTORA ESTUDIANTE EN LA FORMACIÓN DE ENFERMERÍA**

En este dominio se incluyen todas las características y condiciones de la relación entre tutoras y estudiantes, tanto en actividades grupales como individuales. Destaca especialmente la relación que establecen las formadoras expertas con sus estudiantes durante las experiencias clínicas, donde un ambiente formativo cómodo y a su vez desafiante, se constituye como altamente relevante para el aprendizaje.

**b) PRACTICA PEDAGÓGICA DE LA FORMADORA CLÍNICA EXPERTA**

Este núcleo temático refleja las acciones llevadas a cabo por la formadora clínica de excelencia, que de manera más o menos consciente son formativas para los estudiantes y constituyen parte de sus rutinas de desempeño docente. Un ámbito relevante de este dominio lo conforman las diversas estrategias que desarrolla la formadora para sacar la voz del estudiante, buscando constantemente el enlace entre el saber previo y el saber nuevo. Por su parte, el uso pedagógico de los errores y los límites constituye una fuente de riqueza para los procesos formativos de los futuros profesionales de enfermería que son acompañados por los docentes expertos.

**c) CUIDADO DEL ESTUDIANTE Y CUIDADO DE ENFERMERÍA**

La presente dimensión fundamentalmente refleja los vínculos entre las concepciones que poseen las formadoras expertas respecto al cuidado y a la

formación de profesionales de enfermería. Descripciones de la enfermería respecto al sentido de cuidar, sus ideales, deberes, dificultades y prácticas de excelencia, evidencian similitudes con la concepción de cuidado que ejercen sobre sus estudiantes, y el fundamento e implicancias de sus acciones pedagógicas.

**d) PROCESO FORMATIVO PEDAGÓGICO PROFESIONAL**

Este núcleo temático incorpora todos aquellos aspectos de la historia personal, académica y laboral de las formadoras expertas, y las valoraciones que las mismas realizan respecto a sus procesos formativos y las influencias en su desempeño como enfermeras y formadoras, y en su relación con el conocimiento.

**e) DISCURSO Y REALIDAD SOBRE LA INTERACCIÓN ENFERMERA-PACIENTE**

Esta dimensión incluye los discursos de la formadora respecto a la interacción enfermera paciente, además de la descripción de sus propias acciones en este ámbito, las cuales son particularmente relevantes para los estudiantes por la alta calidad de los cuidados y la humanización de los mismos. En tal sentido, son los propios estudiantes quienes repiten los modelos de acción profesional de sus formadoras expertas, o bien las destacan como profesionales de excelencia que se convierten en un referente formativo para ellos. Baja relevancia adquiere en el estudio la implicación en un trabajo en equipo de las profesionales en estudio, lo cual es poco visible tanto desde la percepción de los estudiantes, como de las observaciones directas durante el trabajo de campo.

Esta última etapa del análisis corresponde a la interpretación y contrastación teórica de los núcleos temáticos, revisando cuidadosamente no sólo el establecimiento de categorías y metacategorías, sino además volviendo a las fuentes originales de los datos, de tal forma que las interpretaciones no pierdan el contexto desde donde surge la información. Adquiere importancia especialmente en esta etapa el marco teórico establecido para el presente estudio, los memos generados en la etapa de codificación,

los cuales se refieren a anotaciones realizadas de manera emergente durante el proceso de lectura de las unidades de significado, y que las vinculaban a referentes teóricos o interpretaciones realizadas por la investigadora, además de la nueva revisión teórica necesaria de acuerdo a los datos que fueron emergiendo.

Esta interpretación de núcleos temáticos corresponderá a los resultados troncales del estudio, que intentan dar respuesta a los objetivos establecidos para la presente investigación, procurando ampliar la posibilidad de realizar una comprensión más amplia del fenómeno de acuerdo a conceptos no contemplados a priori.

Estos conceptos son reflexionados y visualizados también con elementos teóricos relacionados. En esta etapa radicó la principal importancia del análisis, ya que las relaciones establecidas entre los conceptos y el logro de resultados claros fue lo que le brindó riqueza al estudio.

Tal y como veremos en el próximo capítulo, los formadores identificados como expertos son a su vez considerados como profesionales de enfermería ejemplares tanto para los estudiantes, como para sus colegas, jefaturas y pacientes. Estas enfermeras entienden la profesión como una responsabilidad con las personas que exige sensibilidad y rigor en el trabajo, desafíos constantes por elevar la autonomía y el nivel profesional, superando la tendencia de histórica subordinación a la profesión médica. El sentido profundo de la enfermería tiene relación fundamentalmente con el reconocimiento del paciente como persona, que requiere cuidados humanizados y de alta calidad, particularmente en situaciones de salud-enfermedad de mayor fragilidad. Existe una relación directa entre el compromiso reflejado por estas formadoras con los cuidados humanizados y sus experiencias familiares, particularmente con sus padres, respecto al sentido de la vida, del compromiso con el otro y del gusto por el trabajo bien hecho. En tal contexto, el conocimiento profesional de las docentes se construye particularmente a partir de sus experiencias personales y profesionales.

Las formadoras expertas muestran un interés genuino por el aprendizaje de los estudiantes, que incluso puede ir más allá del período de dicha práctica, promoviendo en ellos la preparación para el momento en que se deban desempeñar de manera autónoma. Las mejores formadoras generan un ambiente facilitador de los aprendizajes, que se caracteriza por ser distendido y cordial dentro de un contexto académico, en donde se establece una relación de confianza con los estudiantes permitiéndoles preguntar y

discutir aspectos que no han sido del todo comprendidos. La seguridad y tranquilidad que la formadora brinda a los estudiantes, especialmente cuando deben llevar a cabo procedimientos nuevos, les refuerza su confianza para opinar, proponer, preguntar, reflexionar conjuntamente y realizar acciones profesionales de manera certera y progresiva, y en interacción con otros integrantes del equipo de trabajo.

## **Parte IV**

# **Resultados, Conclusiones y Reflexiones Finales**



Castillo Parra, Silvana. Tesis doctoral: Práctica pedagógica de profesores/as expertos/as en la formación clínica de estudiantes de enfermería. Doctorado "Educación y sociedad". Universidad de Barcelona.

---

## 9. CAPÍTULO 9: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se muestran los resultados obtenidos en el proceso de análisis de datos, se presentan las evidencias encontradas, además de realizar una interpretación y vinculación con referentes teóricos y empíricos.

La presentación se estructurará a partir de los cinco núcleos temáticos centrales de esta tesis, los cuales dan respuesta a las interrogantes establecidas al inicio de este estudio. Como se ha dicho en páginas anteriores, la finalidad de esta investigación era comprender la práctica pedagógica de las docentes expertas en su rol de formadoras clínicas de los estudiantes de enfermería, y el significado que estas docentes le otorgan a esa experiencia. Esta finalidad se materializó en las siguientes interrogantes que orientaron este estudio:

1. ¿Cuál es la percepción de los estudiantes respecto a la relación entre el actuar de la docente experta y su propio aprendizaje?
2. ¿Cómo son las prácticas pedagógicas de las formadoras clínicas de enfermería que son consideradas expertas tanto por los estudiantes, como por sus pares?
3. ¿Qué significado le otorgan estas formadoras expertas a sus prácticas pedagógicas y profesionales?
4. ¿Qué relación tienen las experiencias previas de estas profesoras con su práctica formadora?
5. ¿Cómo se relacionan las formadoras expertas con otros actores del entorno clínico pedagógico y qué vínculo existe con su práctica formadora?

El primer interrogante queda dilucidado con el núcleo temático *Relación tutora estudiante en la formación de enfermería*, donde se incluyen todas las características y condiciones de la relación entre tutoras y estudiantes, tanto en actividades grupales como individuales, que desde la percepción de los estudiantes son fuente de riqueza y facilitadores de sus procesos de aprendizaje. Destacan especialmente las actitudes que los estudiantes realmente valoran en sus formadoras, el interés genuino de la docente por la formación de los estudiantes, además de algunos elementos claves en la relación tutora estudiante durante las experiencias clínicas.



La dimensión definida como *Práctica pedagógica de la formadora clínica experta*, refleja las acciones llevadas a cabo por la formadora clínica de excelencia, que de manera más o menos consciente son formativas para los estudiantes y constituyen parte de sus rutinas de desempeño pedagógico en su relación con los estudiantes. En tal sentido, este núcleo temático responde al segundo interrogante.

El núcleo denominado *Cuidado del estudiante y cuidado de enfermería*, fundamentalmente refleja los vínculos entre las concepciones que poseen las formadoras expertas respecto al cuidado y a la formación de profesionales de enfermería. En dicho contexto, las evidencias presentadas en este núcleo temático dan respuesta al tercer interrogante, explicando el significado de cuidar y la evidente relación con el ejercicio de cuidado que ejercen sobre sus estudiantes de enfermería durante los procesos formativos.

La relación existente entre las experiencias previas de las mejores formadoras con su práctica pedagógica, establecida como cuarto interrogante, se explica mediante el núcleo temático *Proceso formativo pedagógico profesional*. En esta área se visualizan aspectos de la historia personal, académica y laboral de las formadoras expertas, que desde su propia perspectiva han influido de manera significativa en su desempeño como enfermeras y formadoras, explicando su relación con el conocimiento práctico que poseen.

Por último, el núcleo temático *Discurso y realidad sobre la interacción enfermera-paciente*, da respuesta al último interrogante en lo referido a comprender la manera en que la formadora experta se relaciona con el entorno clínico, y particularmente con los pacientes, lo cual constituye un modelaje especialmente relevante para los estudiantes por la alta calidad de los cuidados y la humanización de los mismos, convirtiéndose en un referente formativo para ellos.

En resumen, este capítulo presenta una teorización respecto al desempeño en la formación clínica de las mejores profesoras de enfermería, y los procesos por los cuales llegan a ser capaces de desempeñarse de tal manera, de acuerdo a los significados que le otorgan a la enfermería y a su rol formador.

El sistema de notación para presentar los resultados será el siguiente. Las profesoras expertas con las que se ha desarrollado el estudio han sido identificadas como **P1**, **P2** y **P3** para asegurar la confidencialidad de los datos. Asimismo, los estudiantes

participantes en las diversas instancias del estudio son identificados con las etiquetas **A1 hasta A43**.

Cada vez que se presenten evidencias de resultados, los fragmentos textuales irán en *cursiva*, y aquellos comentarios o aclaraciones realizadas por la investigadora se presentarán en [corchetes]. Al final del texto, se especificará la fuente de recolección de información, la profesora o alumna relacionada, el n° de la fuente primaria y el n° de la unidad de significado dentro de dicha fuente. Así entonces, por ejemplo en la cita:

***E. P2. 3:24***

**Tenemos que:**

E: Entrevista

P2: Profesora experta 2

3: Documento primario n° 3

24: Unidad de significado n° 24 seleccionada en el documento primario

Las posibles fuentes de recolección que se encontrarán en las citas son las siguientes:

**Obs. C:** Observaciones en práctica clínica

**Obs. A:** Observaciones en aula (clases, talleres y seminarios)

**GF:** Grupos focales estudiantes

**E:** Entrevistas

**DP:** Diarios profesoras

Cada vez que se realice una pregunta por parte de la investigadora en las unidades de significado extraídas de entrevistas, se identificarán con la letra "S".

## 9.1 RELACIÓN TUTORA ESTUDIANTE EN LA FORMACIÓN DE ENFERMERÍA

### 9.1.1 Las actitudes que los estudiantes realmente valoran

Los buenos formadores universitarios establecen relaciones amables y próximas con sus estudiantes, con un fuerte vínculo de confianza (Bain, 2006), resultando fundamental la actitud acogedora que desde un inicio brinde al estudiante la posibilidad de visualizar y proyectarse en un espacio de formación clínico donde podrá ser parte de un equipo de trabajo y aprender en dicho contexto. En tal escenario, nuestras buenas formadoras consideran imprescindible acoger a los estudiantes e incorporarlos al equipo de trabajo para hacerlos sentir cómodos en cualquier espacio formativo y facilitar luego sus procesos de aprendizaje:

*“Para mí es fundamental que se sientan bien recibidos y que se sientan a gusto y parte del equipo. Si ya está eso, tenemos mucho ganado, y eso es siempre, en un sitio y en otro” (E. P2.5:34).*

Las formadoras buscan que el estudiante se “sienta a gusto”, lo cual es coherente con las opiniones de los estudiantes, quienes efectivamente reconocen aquel “gusto” por la docencia por parte de sus tutoras. Ellas demuestran actitudes envueltas de calidez en su trato a los estudiantes, lo cual es expresado como "cariño" por parte de los mismos:

*“La dulzura con la que hablaba... es una chica que nos trata con mucho cariño y se nota que le gusta tratar a los alumnos” (GF.A5.1:138).*

La potente sutileza del afecto que se enlaza con la práctica pedagógica nos demuestra que no estamos frente a profesores expertos que tienen planificadas sus estrategias docentes de manera rígida y con claros cálculos respecto a los resultados que obtendrán con los estudiantes si actúan de tal o cual manera. Hay un genuino interés, un genuino cariño por su trabajo docente, que está presente en la acción de los buenos formadores y es visible para los estudiantes, un afecto que fluye y genera sinergia en los aprendices (López de Maturana, 2010).

Son los estudiantes de primer curso quienes poseen mayor desconocimiento respecto a las implicancias del ejercicio profesional y comienzan sus primeros acercamientos a la realidad desde el aula. En tal contexto, los estudiantes valoran a la docente que transmite gusto por la profesión y por la labor docente, lo cual provoca en ellos motivación e interés por participar y aprender en las diversas actividades formativas:

*“Se le nota que le gusta su profesión, en cómo te explica las cosas, en cómo te motiva... creo que hizo un comentario que recuerdo: “esta profesión te tiene que gustar”. Se nota cuando una persona lo hace porque tiene que trabajar en algo y sacó una carrera, o una persona que realmente está enamorada de la profesión, y yo veo a P1 así, una persona que le encanta su profesión y disfruta trabajando, y quiere transmitir esa sensación que ella siente a la hora de trabajar. Siempre lo intenta inculcar a los demás y eso es lo que te motiva y vienes a clases con cierta ilusión de lo que vas a aprender hoy. Eso es lo que más me ha gustado de ella” (GF. A16. 2:126).*

Frente a situaciones académicas que no son del todo comprendidas o acertadas por los estudiantes dada su inexperiencia, las buenas formadoras demuestran paciencia, respeto y apoyo, lo cual desde la perspectiva de los estudiantes de primer año, les permite mantener la tranquilidad y confianza que el proceso de aprendizaje requiere:

*“Es una persona que te da tranquilidad y a la hora de tratarte bastante respetuosa. Es que de otra manera yo creo que no se puede, porque es primera vez que lo haces y no necesitas de una persona que te ponga más nerviosa de lo que estás. A lo mejor el año que viene aprendes cosas nuevas y estarás en la misma situación que ahora, pero este año es más confuso aún porque es todo nuevo y creo que es el momento más clave para que tengas a una persona que te apoye” (GF.A16.2:122).*

Las buenas formadoras de enfermería son cercanas con sus estudiantes, logrando en ellos un vínculo de confianza en donde el estudiante valoraba la oportunidad de estar y aprender de su docente:

*“No iba al grano directamente, sino que se relacionaba contigo, se acercaba. Cuando venía ella no era sentir “que mal que viene la profesora a ver si he hecho esto o lo otro”, sino que era “que bien que viene a ver cómo me va y si le puedo preguntar algo muy bien” (GF. A8. 10:13).*

*“S: En su relación directa contigo, ¿qué aspectos destacarías que te ayudaron a aprender?”*

*A2: Me hacía sentir bien y me daba mucha confianza cuando hablábamos con cosas relacionadas o no con la enfermería. El segundo día ya la sentía como si hubiera sido mi profesora desde siempre” (E. A2.12:5)*

*“Cuando vas a la consulta de enfermería no la ves distante, sino como una persona en la que puedes confiar y eso es muy importante” (E. A4. 13:11).*

Según Rodríguez (2012), en la práctica clínica de enfermería el estudiante tiende a mostrarse inseguro y frágil; afectando en su estabilidad las relaciones que establezca con su tutor, con lo cual es fundamental que dicho vínculo pedagógico se sustente en el respeto, el diálogo y la confianza. En tal sentido, nuestras evidencias convergen con los estudios (Cassidy, 2012; Rodríguez, 2012; Bardallo, 2010; Sanjuán & Martínez, 2008; Peiró, 2008) que reconocen la comunicación, cercanía y relación de confianza con los estudiantes en la formación clínica de enfermería, como factores indispensables para construir un ambiente favorecedor y seguro para el aprendizaje.

### **9.1.2 El interés genuino de la buena formadora por su estudiante**

Los estudiantes de enfermería destacan positivamente la preocupación de nuestras buenas formadoras por saber de ellos: cómo estaban, cómo se sentían, cómo estaban enfrentando las experiencias prácticas. Durante las observaciones de campo, la pregunta “¿Qué tal?” era parte habitual de su manera de saludarlos y aproximarse a ellos, lo cual demostraba cercanía y un sincero interés que no era frecuente de encontrar en el resto de los formadores:

*“Lo más importante para ella era saber cómo estabas. La primera pregunta siempre era “¿Qué tal, cómo vas?”, eso estaba muy bien” (GF. A10. 10:6).*

*“Ella se preocupa de estar más cerca de los alumnos... incluso un “Cómo estás” muchas veces se echa en falta en los otros profesores” (GF. A25. 11:12).*

Esta manera de aproximarse que declaran los estudiantes como positiva en nuestras buenas formadoras, también fue observada directamente durante el desarrollo del trabajo de campo de este estudio. Se destacó esta práctica especialmente en los encuentros entre formadoras y estudiantes en sus experiencias clínicas, para dar inicio al diálogo respecto a las vivencias de los estudiantes:

*“Nos reunimos en los vestidores de las enfermeras [P3, estudiantes y yo], las saluda, me presenta, les dice “¿Qué tal? ¿A ver las caras?” (risas). Una alumna responde que bien, que están contentas, P3 me comenta que esta alumna tiene experiencia en hospital, luego se dirige específicamente a las otras dos alumnas que están en su primera experiencia práctica y les pregunta qué tal, qué han hecho, las alumnas dicen que muy bien y le comentan algunas experiencias durante estos primeros días” (Obs. C.P3.3:7).*

El interés por el estudiante de nuestras tutoras expertas, no solamente es visible en el contexto de prácticas o actividades formativas curriculares, sino también en los encuentros casuales y externos, donde el estudiante valora positivamente que la formadora disponga parte de su tiempo al diálogo con ellos:

*“Es la única que si te ve por fuera, se para y te pregunta cómo estás, hay pocas. En general te las encuentras y te dicen “Hola” y ya está. Su manera de hablar es próxima, su manera de explicar también” (GD. A26. 11:13).*

Este interés demostrado por nuestras formadoras respecto a sus estudiantes, también se refleja por una segunda y recurrente pregunta: “¿Cómo lo has vivido?”. Esta pregunta es presentada al estudiante particularmente cuando se ha enfrentado a situaciones complejas de la práctica clínica que involucran emociones y sentimientos:

*“Una alumna le comenta que acaba de morir un paciente que tenía en su planta. P3 dice “¿Cómo lo has vivido? ¿Qué pasó?”, la alumna dice que tranquila y cuenta cómo fue, explicitando que al llegar el día de hoy, el paciente acababa de morir y ella no había podido entrar. “¿Y tú querías entrar?” pregunta P3, “bueno más que nada si se podía para ayudar en algo, pero me han dejado fuera... no por morbo” responde la alumna. “Bueno, si quieres luego puedes hablar con tu enfermero y se lo planteas. A veces cuando ocurren estas cosas, no saben dónde ubicar a la alumna, sobre todo si son de 1º” comenta P3” (Obs. C.P3.3:28).*

Según los trabajos de varios autores, las emociones influyen en la manera cómo los estudiantes perciben su práctica de aprendizaje (Duke & Appleton, 2000; Glaze, 2001; Sahd, 2003). En tal contexto, las buenas enseñantes de nuestro estudio exploran en los efectos a nivel personal que tienen en los estudiantes sus experiencias clínicas, realizando preguntas profundas que fomentan en ellos analizar sus vivencias más allá de un deber o un trabajo, reconociendo el aporte que hacen dichas vivencias a su crecimiento personal y profesional:

*“Luego P3 les hace las siguientes preguntas a los estudiantes que están realizando sus prácticas clínicas:  
“¿Lo lleváis bien? ¿Llegáis a casa tranquilas? ¿Cómo os sentís? Creceréis mucho como personas y como profesionales” (Obs. A. P3. 3:2).*

El hecho de abrir el diálogo con los estudiantes mediante preguntas respecto a la manera en que han experimentado las situaciones complejas de la práctica clínica, y las reflexiones que pueden realizar en torno a ellas, es una oportunidad para vincular dichas vivencias con aspectos que ellas consideran relevantes del cuidado de las personas:

*“P3 les va preguntando a los alumnos uno a uno respecto a sus experiencias, les va haciendo preguntas respecto a cómo lo han vivido, cómo han reaccionado, qué piensan, qué les parece, además les va haciendo comentarios que se centran en reafirmar que lo importante es cuidar al paciente y sus catorce necesidades” (Obs. A. P3. 5:20).*

Según Guzmán (2009), los buenos profesores se preocupan también de las dificultades en el plano personal de los estudiantes, sin transformarse por ello en un par o un compañero más. Asimismo, nuestras docentes expertas no solamente indagan en el estado y experiencias de los estudiantes, sino también se involucran en situaciones vinculadas a su estado de salud, que de alguna manera puede afectar su desempeño en la práctica clínica, haciendo uso de sus saberes como profesionales de enfermería, lo cual es bien valorado por las estudiantes:

*“En aspectos personales si [P1 demostró interés]... alguna vez que tuve problemas físicos me ayudó, me dio soluciones y bien, se preocupaba*

*más allá de lo académico. Una vez tuve dolores de espalda y me preguntaba cómo estás y un día me dijo que no viniera. Otra vez tuve problemas de orina y ella se preocupó mucho y me dio los exámenes. Se preocupa de cuestiones que no son de trabajo y no se tiene por qué implicar... muy bien" (E. A1. 1:75).*

*"P3 visita a alumna de 5ª planta que está con anemia, le pregunta cómo se siente, si fue al médico, qué le ha dicho, etc. Hablan del tema, P3 la escucha atentamente, la observa, le dice que no se preocupe por el día que faltó, que ya lo recuperará, le da consejos sobre maneras para que absorba mejor el hierro" (Obs. C.P3. 3:38).*

Una buena formadora de enfermería entiende que los estudiantes son mucho más que una mente instruida para incorporar información o para replicar saberes, y abre espacio a las interrelaciones en los procesos formativos de las diversas dimensiones del ser. Nuestras tutoras se preocupan de acoger a su estudiante desde el comienzo, comprendiendo que la disposición inicial es crucial para abrir puertas hacia nuevas experiencias significativas de aprendizaje. Evidenciamos a tutoras cercanas, cálidas, que se inquietan por conocer a sus estudiantes más allá de una mirada academicista, preocupándose sobre todo por la manera cómo están viviendo la enfermería, cómo se están enfrentando a sus primeras experiencias, qué les ocurre y cómo lo han vivido. Preguntas tan potentes que van más allá de un listado de actividades, aciertos o errores, buscando que el estudiante tome conciencia de los efectos de su práctica en su propia persona. Nos encontramos con una pregunta tan simple y potente a su vez, que busca cuestionar a los estudiantes si "llegáis a casa tranquilos", si quedan con su conciencia tranquila de haber hecho lo mejor que estaba a su alcance, haber resuelto lo que podían resolver, haberse hecho cargo. Llegar tranquilos a casa, sin duda manifiesta preguntas que provocan un crecimiento multidimensional de los futuros profesionales. Cuántas veces los profesionales de enfermería no logran irse a casa tranquilos. Existe un cuestionamiento que veremos más adelante respecto a la quietud profesional que visualizan nuestras expertas y su confianza en los cambios que pueden lograr las nuevas generaciones de enfermeros y enfermeras. Me parece que instalar esta pregunta en los estudiantes es dejar en ellos una huella que les signifique una constante búsqueda por hacer bien las cosas, por no conformarse con lo mínimo, ni pasar de largo. La buena



formadora no se queda en las superficialidades de las experiencias, sino que de manera cálida y sencilla indaga en los terrenos más profundos del significado de cuidar.

### 9.1.3 El vínculo establecido entre tutora y estudiante durante las prácticas clínicas: *la confianza formativa*

Ya hemos mencionado que la confianza es un valor relevante en la relación tutora estudiante para favorecer los procesos de aprendizaje de un futuro profesional de enfermería. Ahora bien, en el ámbito específico de la práctica clínica, la buena formadora reconoce el momento en que la estudiante está preparada para asumir la realización de actividades de manera más autónoma, ya que le ha demostrado *confianza formativa*, evidenciando previamente capacidades para llevar a cabo en forma adecuada determinadas acciones, y que posee el criterio suficiente para decidir cuándo consultar:

*“S: Observé que la alumna y tú están a momentos realizando actividades por separado. ¿Cómo tomaste esta decisión?”*

*P1: La alumna me ha demostrado que puedo confiar en ella, ya la he visto varias veces hacer ciertas actividades de manera muy correcta, por eso las asume sola, de todas formas cualquier duda le digo que me lo consulte. Además a estas alturas de la práctica, cuando hago cosas que la alumna ya sabe, ni siquiera le aviso para que ella haga sus cosas tranquila” (E.P1. 1:55).*

Existe una necesidad de que los docentes dejen de controlarlo todo y confíen que los estudiantes aprenderán lo que necesitan para ser eficaces practicantes, asumiendo un rol activo y responsable respecto a su aprendizaje para dejar de ser *“instructor-dependiente”* (Cameron & Mitchell, 1993). Estas decisiones, tomadas por nuestras docentes expertas, son reconocidas por los estudiantes como un acto de confianza que les produce satisfacción y les brinda seguridad:

*“Al principio lo hacía ella, luego cuando me enseñó todo lo que había que valorar en cada paciente, me dejaba hacerlo a mí con su supervisión, y luego ya lo hacía yo. Eso fue bastante reconfortante porque dices “me está dejando hacerlo a mí sin que lo supervise, o sea que confía en mí y ve que puedo hacerlo. A mí me gustó, tanto eso como las curas que al final me dijo “ve a hacer una cura” y no me miró ni nada” (E.A5.1:116).*

Las formadoras tienen la convicción que otorgando confianza al estudiante pueden favorecer en ellos cambios reales, además de abrir la posibilidad a que los estudiantes expresen sus experiencias y sensaciones en torno a las mismas:

*"Yo creo que si no lo ven por ellas mismas, por mucho que uno se los diga no cambiarán las cosas, por lo mismo intento que tengan confianza conmigo para que me expliquen todo lo que sienten"* (E. P3. 45:15).

El estudiante al mismo tiempo, siente la confianza suficiente con su tutora para preguntar aspectos que no han quedado del todo claros:

*"Por ejemplo cuando he estudiado algo teóricamente y no me ha quedado claro, yo le pregunto tranquilamente y no pasa nada"* (GF. A18. 2:112).

*"Personalmente creo que he aprendido bastante, creo que te da la confianza para aclarar dudas. Ahora, la duda es ¿me recordaré? Pero bueno supongo que es una experiencia inicial, hay cosas que ahora tú tienes claras pero que al llegar a las prácticas clínicas, no sé si me recordaré. Pero respecto a su enseñanza, a mí me ha parecido muy buena"* (GF.A 14.2:119).

Más aún, el estudiante siente la confianza para hacer visible ante su formadora los errores que ha cometido sin el temor de ser suspendido, sino que esperando aprender de la corrección que la formadora podía realizar en torno a la situación:

*"Tú ibas y le decías "he hecho esto pero no sé si está bien" sentías la confianza de decirle lo que fuera y ella te lo corregía sin ningún problema. No tenías el miedo que si el trabajo estaba mal ibas a suspender"* (GF. A6. 10:4).

Las evidencias antes presentadas, que durante el proceso de análisis fueron asociadas a la categoría "confianza formativa", poseen semejanzas con lo que Rivera (2013) denomina "Círculo virtuoso de confianza", en el cual:

- a) El tutor de enfermería confía en el estudiante autorizándolo a equivocarse o no saber.

- b) El estudiante reconoce en el tutor la confianza que éste le brinda.
- c) El estudiante imita la actitud del tutor, confía en éste y al mismo tiempo aumenta la confianza en sí mismo para actuar de manera más autónoma.
- d) El estudiante reconoce nuevamente que su tutor confía en él, sintiendo la libertad para preguntar y la confianza para actuar.

La recurrencia de este círculo virtuoso entre tutor y estudiante provoca, sin duda, que en el acto formativo se puedan visualizar las dudas y errores que de manera natural, por su inexperiencia, debe enfrentar cualquier profesional en formación. De tal manera, esta confianza formativa o círculo virtuoso de confianza, evitará que el error se quede y se perpetúe en la "cama de los pacientes", ya que antes de cometerlo el estudiante podrá consultarlo con su tutor, y si ya lo ha cometido tendrá la confianza para informarlo a su tutor, quien podrá remediarlo con el paciente según sea necesario y otorgar una nueva oportunidad de aprendizaje al estudiante.

#### **9.1.4 La complicidad como factor protector del aprendizaje**

Comprendiendo que el estudiante está en un proceso de aprendizaje dentro del cual es altamente posible que cometa errores en la atención de sus pacientes, parece importante dilucidar cómo las buenas formadoras clínicas de enfermería abordan dichas situaciones de manera formativa. Ya ha planteado Peiró (2008) que los estudiantes valoran negativamente a aquellos profesores que les llaman la atención en público. Complementando dicha información, llama la atención la forma en que nuestras tutoras demuestran un grado de complicidad con sus estudiantes, en términos de no exponerlas frente a los pacientes cuando cometen algún error, sino más bien realizar acciones simuladas que sean poco visibles para el paciente, pero que sean claros mensajes para la estudiante:

*"Te sabe decir las cosas bien, a lo mejor estás haciendo algo mal, o estás diciendo algo que no tienes que decir y te mira y te hace "shsht", y no se le nota mucho, te lo sabe decir bien, está pendiente de ti y te intenta enseñar todo lo que puede" (E. A5. 47:2).*

Posteriormente, ya en ausencia del paciente, la formadora explicita claramente al estudiante los errores cometidos, y los fundamentos de aquello para mejorar la calidad de los cuidados:

*"Las veces en que no hice algo bien también me lo ha dicho [P2], lo único que ahí no me lo decía delante del paciente, me lo comentaba cuando el paciente se había marchado. Eso me parecía muy correcto porque lo hacía siempre con educación y respeto. No te quiere ofender sino que te lo dice bien y te da las razones de porqué y te dice cómo debería haber sido para hacerlo bien" (E. A2. 12:9).*

*"Delante de los pacientes nunca me dijo nada [P1], pero después me lo decía. Cuando te equivocas más o menos lo ves, entonces yo le preguntaba cómo lo puedo hacer o ella me lo explicaba al salir de la cura o de lo que fuera" (E. A1.48:4).*

Esta complicidad demostrada por las tutoras de nuestro estudio constituye un elemento importante a recordar por los estudiantes de enfermería:

*"S: Cuando cometías algún error: ¿cómo [P1] te corregía, cómo te ayudaba a aprender de esos errores?"*

*A5: Me llamó mucho la atención porque siempre lo hacía cuando salíamos de la habitación, no delante del paciente, eso es algo que intentaré acordarme siempre porque vale la pena. Me lo decía bastante bien, me decía "mira esto lo has hecho así pero si lo hicieras de esta otra manera, al paciente quizá le dolería menos" (E.A 5. 1:118).*

Nuestras formadoras fundamentan su abordaje con los estudiantes, en las situaciones antes descritas, como una manera de brindarle mayor protagonismo cuando realiza un procedimiento frente a sus pacientes y no provocar en éste inseguridad respecto a los cuidados recibidos, especialmente en miras al momento en que la estudiante deba realizar de manera autónoma ciertas acciones:

*"S: Observé que mientras estaban haciendo la curación al paciente y estaban de espaldas a él, tú le dabas las indicaciones a la alumna en voz bajita. ¿Por qué lo hacías así?"*

*Creo que de tal manera, no seré yo quien tome el protagonismo de la situación como la que lo sabe todo y le da una cátedra a la alumna, sino que lo hago más suave para que el paciente no se sienta inseguro de que le está haciendo la curación alguien que nunca lo ha hecho o no sabe hacerlo bien. Lo hago para que el paciente se entere menos de las cosas que la alumna no sabe y así esté más tranquilo. Sobre todo pensando en que es posible que en algún momento vaya la alumna sola a hacerlo. Además siempre les insisto a los alumnos que nunca digan frente a los pacientes que nunca han hecho tal o cual procedimiento. Lo otro es que yo intento no*

*corregir a los alumnos frente a los pacientes, sino después, a no ser que sea algo muy necesario en el momento o de riesgo para el paciente” (E. P1. 30:4).*

El trabajo desarrollado por López de Maturana (2010) propone que las conductas compartidas entre profesor y estudiante favorecen sentimientos de pertenencia y afecto cuando existe una relación de respeto mutuo y complicidad, donde el profesor se siente integrante del equipo, asumiendo un rol de facilitador para que juntos cumplan el objetivo de aprendizaje. Del mismo modo, nuestras buenas formadoras se ubican en una posición más bien horizontal respecto al estudiante, facilitando los elementos suficientes para llevar de buena manera la acción de enfermería y corregirla cuando es necesario, pero de una manera más bien disimulada, que sea visible para el estudiante e invisible para el paciente.

#### **9.1.5 Los aspectos que más influyen en el aprendizaje**

Los estudios vinculados a las buenas prácticas docentes buscan construir conocimiento sobre las acciones pedagógicas que tienen mayores probabilidades de lograr buenos resultados en los estudiantes. No obstante, resulta imperioso destacar la complejidad de las relaciones en los diversos espacios formativos, y evitar de tal forma las posturas tecnicistas que intenten brindar a la práctica docente un impacto lineal sobre el aprendizaje de los estudiantes (Guzmán, 2009). En tal sentido, los resultados expuestos en este apartado nos pueden facilitar la comprensión de los entornos que favorecen el aprendizaje y la habilidad para adaptarse a los mismos.

##### **9.1.5.1 Buena disposición**

Los estudiantes tienen la certeza que pueden contar con su formadora aun cuando no estuviese presente en el día a día durante las prácticas clínicas, percibiendo en ellas disposición y dedicación, lo cual les permitía a los estudiantes sentirse protegidos y con un respaldo incondicional:

*"Ella [P1] al ofrecerse, tenemos su mail, porque podemos caer en planta y tener una enfermera que sea una borde, el poder recurrir a ella, enviarle un mail y decirle "me ha pasado esto" y que ella te pueda aconsejar. Creo que ese apoyo incondicional es súper importante, sentir que aunque ya no tengamos clases, ella sigue estando allí"* (GF. A16. 2:135).

*S: ¿Qué significó para ti que ella [P3] te diera su número de teléfono y te dijera que la podías llamar cuando lo necesitaras?*

*"Que no me sintiera desamparada en las prácticas, sino que sabía que podía acudir a ella, y que si nos lo dio no era por compromiso, sino porque realmente estaba dispuesta"* (GF. A7. 10:13).

*"Si te sentías desamparada o te encontrabas sola, ahí estaba ella, sabías acudir si pasaba algo con la enfermera o cualquier problema"* (GF. A8.10:13).

*"No era una cosa que le molestara, al contrario, le gustaba ayudarte en todo"* (GF. A6. 10:13).

Lo anterior no solo era una disposición desde la buena intención de la formadora, sino que los mismos estudiantes habían experimentado que en caso de presentar dificultades a nivel formativo, la tutora efectivamente se había implicado para corregir o apoyar en su solución:

*"Estaba preocupada donde uno estuviera, yo tuve un problema con la enfermera y ella [P3] fue a hablar... se implicaba en el tema"* (GF. A9. 10:3).

*"En el PAE si nos hizo varias correcciones, pero siempre muy bien, muy correcta y la verdad es que siempre indicándonos que si teníamos alguna duda ella [P2] estaba dispuesta a ayudarnos en todo y nunca puso ninguna pega para estar con nosotros"* (GF.A4.13:9).

Más aún, las formadoras de nuestro estudio demuestran una preocupación y compromiso por la formación de los estudiantes que va más allá del aula de clases o las actividades curriculares comprometidas por la docente en la Escuela de Enfermería:

*A13. "Cuando hicimos lo de la presión arterial, muchos cacharros fallaban y a ella [P1] no le dio tiempo, luego sí, porque se quedó un ratito más, pero también dijo que si lo necesitábamos otro día "Venid a buscarme al hospital y lo vemos", no te dice "ya te buscarás la vida"* (GF. A13. 2:114).

En consecuencia, la disposición de nuestras formadoras expertas para apoyar a los estudiantes en las diversas necesidades y dificultades que enfrentaban en su práctica profesional superaba los límites de un deber formal o establecido con la escuela como entidad formadora, y se concretaba en la acción misma con el estudiante, como parte de un proyecto formativo complejo y amplio. Lo anterior podía facilitar al estudiante sus procesos de formación, en el sentido de permitirle consultar a su tutora o resolver diversas situaciones complejas, para las que no se sintiese preparado enfrentar por sí solo, con su apoyo.

#### 9.1.5.2 La valoración positiva

Los estudiantes necesitan la valoración positiva por parte de sus tutoras clínicas de enfermería para sentirse seguros, cómodos, respetados y valorados (Peiró, 2008). Resulta evidente el hábito con el cual nuestras buenas formadoras realizan una valoración positiva de las acciones de los estudiantes de enfermería, lo cual es significativamente considerado por las estudiantes como facilitador y motivador de su aprendizaje, de tal forma de superar los temores presentes al enfrentarse por primera vez a ciertas acciones profesionales:

*“El momento de poner la primera vía... a mí me daba mucho miedo, no quería ponerla... estaba delante de una paciente semicomatosa medio dormida. [P1] Me dio muchos ánimos para hacerlo... le dije “me da miedo”. Ella dijo “tienes que intentarlo, es la mejor paciente porque no se quejará” y me ayudó mucho, se puso conmigo, lo intentamos las dos y bien... cuando lo hice, [P1] dice “ves cómo se puede, perfecto”... todo bien” (E. A1. 48:7).*

Esta valoración positiva es parte de la retroalimentación que requiere el estudiante para confirmar si sus esfuerzos están siendo adecuadamente encaminados y sentir la tranquilidad y motivación para poder continuar:

*“Ella [P2] valoraba muchos los aciertos, te felicitaba y valoraba mucho el trabajo bien hecho. Valora mucho a las personas. A mitad del ciclo ella me felicitó y me dio muchas ganas de continuar porque a veces si no*

*reconocen tu trabajo, no sabes si lo estás haciendo bien y eso que te reconozcan el trabajo a todo el mundo nos gusta, es grato y te motiva a seguir".(E. A4. 13:7)*

*"Te decía [P3] "está bien hecho", tú dabas una opinión desde tu punto de vista y si estaba bien, ella te decía que sí que era así...Yo lo que no olvidaré es que cuando hicimos la evaluación con la enfermera de referencia, ella [P3] me dijo también que con ella las entrevistas habían estado bien porque había cumplido los objetivos que había marcado, entonces me sentí contenta porque ella reconoció que lo había trabajado bien" (GF. A11. 10:17).*

Las expresiones antes descritas de los estudiantes también fueron evidenciadas de manera directa durante las observaciones realizadas en las diversas actividades formativas llevadas a cabo en este estudio, tanto en acciones de atención directa con los pacientes, como en espacios de conversación y reflexión respecto a la atención de enfermería que estaban brindando a los mismos:

*"P1 le habla en voz baja a la alumna respecto a los pasos que debe seguir para hacer la curación. A5 asiente y luego va haciendo paso a paso y mirando a P1 que le va diciendo "perfecto, molt be" (Obs. C. P1. 1:85).*

*"Al hablar luego de las necesidades de comunicación del paciente, P3 le va preguntando muchos detalles respecto a las aficiones e independencias del paciente anteriores a su ingreso a este centro. Al acabar, P3 hace un resumen de lo que recogió la alumna y le refuerza positivamente todo lo que la alumna hizo correctamente" (Obs. C.P3. 40:3).*

Las acciones observadas en la acción pedagógica muestran que a la formadora virtuosa le interesa explicitar el trabajo bien hecho del estudiante, además de centrar los aprendizajes fundamentales haciendo reiteraciones o conclusiones a partir de las propias experiencias o expresiones estudiantiles, lo cual es reconocido como un estimulante o un motor para continuar participando de manera activa y con mayor seguridad en los procesos de formación clínica. La valoración positiva permite que el estudiante se involucre de manera activa en las actividades de aprendizaje, muy diferente a aquel estudiante que se involucra por castigo, manifestando una pseudocalma y disciplina, donde llega al orden enojado. Al contrario, la valoración positiva de los buenos



profesores permite llegar al orden pero con compromiso afectivo del estudiante por su proceso formativo (López de Maturana, 2010).

### 9.1.5.3 Describir y demostrar

El estudiante considera que la descripción detallada que realizaba la docente respecto a los procedimientos a ejecutar era una manera de facilitarle el aprendizaje, especialmente cuando posterior a dicha situación el propio estudiante era quien imitaba la acción:

*“S: ¿De qué manera crees que P1 te ayudó a aprender?”*

*A5: Yo creo que primero diciéndome paso a paso lo que ella hacía y luego dejándome hacer sobre todo. Por la experiencia, porque haciéndolo yo aprendí mucho” (E. A5.1:117).*

Particularmente, la manera de describir los procedimientos de la tutora, al mismo tiempo que iba demostrando su realización, permitía a los estudiantes progresar en aprendizajes hasta ese momento no del todo comprendidos, en un escenario simulado en aula, donde la formadora era capaz de tomar la posición del estudiante y desde esa postura guiar la realización del procedimiento en cuestión:

*“P3 explica para qué se hace [la punción lumbar en bebés] y describe a la vez que demuestra con el muñeco la postura del niño y la manera de inmovilizarlo” (Obs. A. P3. 5:8).*

*“Les dice [P1 a los estudiantes] que ahora pasarán uno a uno frente al lavamanos y harán el procedimiento. Los alumnos se comienzan a parar uno en uno y hacen el procedimiento, P1 les observa a su lado, va asintiendo y al acabar les dice “Molt be”. Cuando cometen algún error, se acerca, les demuestra cómo debe ser ese paso del procedimiento a la vez que se lo va describiendo” (Obs. A. P1. 2:78).*

Para Schön (1992), una manera de manifestación del diálogo reflexivo establecido entre profesores y estudiantes en la formación profesional es incorporar el decir y demostrar del tutor respecto a sus acciones profesionales. En tales prácticas pedagógicas, las formas que tiene el tutor de decir pueden implicar dar instrucciones

específicas respecto a un actuar profesional, describir la manera de establecer prioridades, proponer al estudiante que pruebe, analice, reformule problemas y reflexione sobre el proceso que él ha demostrado mediante su propia experimentación. La estrategia de decir y demostrar de nuestras formadoras, también es observada en la realización directa de prácticas en el campo clínico:

*“Luego de retirarse el paciente, se sientan [P2 y estudiante] a escribir el MEAP en el ordenador [Motiu de consulta, exploració, evaluació, plan] P2 va escribiendo y rellenando todos los campos del programa y al mismo tiempo le va explicando a A2 lo que escribe” (Obs. C. P2. 6:9).*

Cuando el tutor visualiza situaciones en que el estudiante cavila o se detiene por no sentirse capaz de resolverlas, interviene y hace demostraciones de los aspectos que considera necesario que el alumno aprenda, planteando alternativas de solución para que el aprendiz desarrolle por sí mismo. Contando con dicho referente que le otorga seguridad, el estudiante realiza una imitación selectiva de las demostraciones de su tutor, integrando en su propia ejecución aspectos esenciales de la acción (Schön, 1992). En tal contexto, nuestras buenas formadoras también utilizan el decir y demostrar como manera de corregir los errores observados en los procedimientos realizados por los estudiantes, cuando va supervisando uno a uno que cada cual sea capaz de llevar a cabo las acciones de manera adecuada:

*“Otra alumna la llama y le dice que no sabe cómo tomar la jeringa, P1 se pone a su lado, se ubica en la misma posición en la que se encuentra la alumna y le dice “la tomas con esta mano así”, le muestra cómo, la alumna la trata de imitar, le hace preguntas, P1 responde, asiente y aclara, le sigue explicando y demostrando hasta acabar el procedimiento, luego le dice “ahora hazlo tú”, la alumna imita el procedimiento, P1 le dice “muy bien” y a ratos le va dando instrucciones puntuales para hacerlo” (Obs. A. P1. 24:9).*

En definitiva, los estudiantes construyen una imagen profesional de sus tutoras a partir de las observaciones que de ellas realizan, y no solo en procedimientos específicos sino con una mirada más global respecto a su actuar profesional y docente, y a su manera de relacionarse con todos los actores del entorno clínico pedagógico. Así

entonces, nuestras buenas profesoras son reconocidas por los estudiantes como unas excelentes formadoras y unas excelentes profesionales, que se vinculan con ellos y se comprometen con su aprendizaje, convirtiéndose en muchas ocasiones en referentes para su propio actuar, imitando las acciones y actitudes profesionales de ellas en el ejercicio de sus cuidados:

*“Yo lo que hago en las prácticas, es mirar y observar cómo trabajan, quedarme con lo que me parece bien y dejar fuera lo que no me parece... ¿De P2 fuera? Nada... me parece súper correcta en todo sentido, tanto con el equipo, con pacientes, con cualquier persona que le iba a preguntar, conmigo, con mis compañeras” (E. A2.12:10).*

*“S: ¿Existe alguna situación vivida en que ella estuviera implicada y que crees que te marcó especialmente?*

*A4: La manera de tratarnos, la acogida, la dulzura y la objetividad. Es una persona que tiene muy claro la buena praxis enfermera y realmente se interesa muchísimo por el paciente, se le nota en su actitud, se le nota que tiene gran interés en el paciente, no solo por su patología sino por la persona, tanto psicológicamente como socialmente, tiene un ámbito muy amplio, no solo en la praxis de las técnicas sino también en lo emocional” (E. A4.13:10).*

## **9.2 PRÁCTICA PEDAGÓGICA DE LA FORMADORA CLÍNICA EXPERTA**

Este núcleo temático refleja las acciones llevadas a cabo por la formadora clínica de excelencia, que de manera consciente o menos consciente son formativas para los estudiantes, y constituyen parte de sus rutinas de desempeño docente. Un ámbito relevante de este dominio lo conforman las diversas estrategias que desarrolla la formadora para sacar la voz del estudiante, en términos de opinar, preguntar, compartir experiencias, revelar conocimientos previos, entre otros, buscando constantemente el enlace entre el saber previo y el saber nuevo. Por su parte, el uso pedagógico de los errores y los límites constituye una fuente de riqueza para los procesos formativos de los futuros profesionales de enfermería, que son acompañados por los docentes expertos.

### **9.2.1 Dar la voz al estudiante**

Reconociendo la formación como un espacio de diálogo y construcción mutua de saberes, no resulta extraño entonces encontrarnos con diversas acciones pedagógicas donde nuestras profesoras expertas de enfermería, brindan espacios a los estudiantes para que sean ellos quienes expresen, pregunten, respondan u opinen en las diversas situaciones y experiencias formativas que enfrentan, realizando una construcción activa del conocimiento, más allá de una pasiva recepción de información.

Las preguntas son un elemento clave en los procesos de aprendizaje y en las prácticas pedagógicas de los profesores expertos (Guzmán, 2009, Bain, 2006, Domenech, 1999), ya que pueden lograr cambiar las estructuras mentales de los alumnos construyendo un nuevo saber para ellos, en la medida que posibilitan oportunidades para enlazar información que se comprende y recuerda con mayor significancia. La realización de preguntas por parte de nuestras formadoras caracterizaba su particular manera de enseñar tanto en espacios clínicos como en el aula, planteando dudas con el objetivo de integrar los saberes previos de los estudiantes con los nuevos conocimientos presentados, además de fomentar la participación y despertar su atención:

*“S: He observado que frecuentemente les realizas preguntas a los alumnos respecto a los temas que se tratan, antes que tú les des la materia. ¿Por qué lo haces así?”*

*P1: No sé, creo que para que estén más activos y su aprendizaje sea más participativo, para que no se aburran y estén más atentos. Quizás también porque así podrían integrar sus experiencias con las cosas nuevas que yo les digo. Por ejemplo, creo que todos han visto una receta, entonces podrían decir qué cosas incluye” (E. P1.2:75).*

Cuando la formadora realiza preguntas, las respuestas brindadas por los estudiantes eran escuchadas atentamente y complementadas con la información adecuada, posterior a lo cual la profesora es quien realizaba un recuento o conclusión de lo dicho. Guzmán (2009) plantea la idea de *recapitulación* cuando los buenos profesores de su estudio realizaban un recordatorio sumario y ordenado de ideas que previamente habían sido explicadas con mayor extensión. En este caso, nuestras formadoras realizan una recapitulación de los aspectos más importantes, pero a partir de respuestas, explicaciones o descripciones que colectivamente han realizado entre estudiantes y docentes, reforzando positivamente lo planteado por el estudiante:

*“Inicia preguntando a los alumnos diferentes aspectos que ellos pueden saber respecto al tema a tratar. Pregunta qué tipos de lavado de manos existen, cuando los alumnos van contestando, ella asiente y complementa. ¿Qué diferencia existe entre unos y otros? ¿Con qué solución se lleva a cabo el lavado de manos? Hablan en términos generales del lavado de manos clínico y al comenzar con el quirúrgico P1 dice ¿Qué diferencia habría con el anterior? Una alumna contesta: Que en el quirúrgico primero es un lavado con agua y jabón y luego con un antiséptico. P1 le dice “A ver, explícalo un poco más”, la alumna comienza a describir el procedimiento y entremedio le dice “yo creo, me parece”...al finalizar la alumna, [P1] vuelve a describir paso a paso todo el procedimiento” (Obs. A. P1. 2:77).*

*“Al hablar luego de las necesidades de comunicación del paciente, P3 le va preguntando muchos detalles respecto a las aficiones e independencias del paciente anteriores a su ingreso a este centro. Al acabar, P3 hace un resumen de lo que recogió la alumna y le refuerza positivamente todo lo que la alumna hizo correctamente” (Obs. C. P3. 40:3).*

Las evidencias antes expuestas clarifican que la realización de preguntas no es azarosa, sino que se va desarrollando de manera sintonizada de acuerdo a las respuestas dadas por los estudiantes, donde cada respuesta abría la posibilidad a una nueva pregunta y reflexión. Esta estrategia posee similitudes con lo que Medina (2007) denomina *preguntas constructivas* que realiza el docente cuando va dirigiendo el aprendizaje hacia la dirección deseada mediante una cadena de preguntas y respuestas, donde el pensamiento del profesor y de los alumnos se va uniendo en un proceso dialéctico de reflexión y aprendizaje.

En el contexto antes descrito, los estudiantes frecuentemente eran invitados por nuestras buenas tutoras a compartir experiencias que podrían estar relacionadas con las temáticas tratadas:

*“Pregunta [P3] quiénes han tenido experiencia en tratar niños, varios levantan la mano, ella le pregunta a uno qué diferencia ve en el trato a los adultos y niños. El alumno dice que el comportamiento del niño es muy diferente porque quiere jugar todo el día. P3 dice que eso es la base para cambiar el chip y entrar en el mundo de los juegos de ese niño, tomar los recursos que tenemos como profesional y llevar a cabo las tareas” (Obs. A. P3. 4:3).*

Los buenos formadores desarrollan anclajes cognitivos (Guzmán, 2009) que potencian el aprendizaje significativo en los estudiantes, vinculando conocimientos nuevos con los preexistentes, adquiridos en otras asignaturas o a partir de sus experiencias cotidianas o de prácticas profesionales. La incorporación de experiencias de los estudiantes en el aula posibilita a los formadores estimular la reflexión en los estudiantes, especialmente en torno a temáticas más complejas:

*“S: En la clase del miércoles en donde hablaste de los pacientes oncológicos y los trasplantes de médula, al final preguntaste si alguien tenía alguna experiencia...”*

*P3: Si, una chica me dijo que había tenido un vecino con cáncer, pero que como les daba un poco de cosa preguntar, entonces no se habían metido mucho, aunque veían que el niño estaba con alopecia no preguntaron nada. Lo que ocurre es que aún son enfermedades un poco*

*tabú, hay una sobreprotección a nivel de los padres. Yo pienso que esto hay que respetarlo, y por eso me gusta que expliquen cosas porque a partir de casos concretos puedes hacerlos reflexionar sobre estos temas, pero en la clase cuesta mucho que participen" (E.P3. 9:3).*

Por su parte, durante la realización de talleres de habilidades clínicas existieron ocasiones en las cuales las formadoras se encontraban con estudiantes con amplia experiencia en la técnica trabajada grupalmente. En dichos escenarios, una vez verificado por la profesora que la estudiante realizaba bien el procedimiento, le invitaba a colaborar en la guía y aprendizaje de sus propios compañeros:

*"S: El hecho que existan alumnos que tengan experiencia como auxiliar, ¿cómo influye?"*

*P1: Me ayuda, primero la observo y veo cómo lo hace, en este caso [existía en el grupo una estudiante que era auxiliar de enfermería] vi que lo hacía bien [la cama], por tanto confié en ella para que guiara un poco a su grupo en la segunda parte del taller" (E. P1.2:13).*

*"Tiene un inhalador en la mano y pregunta [P1] "¿Alguien sabe usarlo?". Una alumna responde que sí. P1 le dice, "Vale, ¿lo puedes explicar al resto de tus compañeras? La alumna se pone de pie, toma el inhalador y comienza describir sus partes y la manera en que se utiliza (Obs. A. P1. 2:42).*

Además de la oportunidad de incorporar experiencias en las actividades colectivas, nuestras buenas formadoras indagan en saberes o comprensiones previas de los estudiantes respecto a las temáticas a desarrollar, las cuales eran complementadas por la propia formadora:

*"De la misma manera explica cómo hacer una curación. Comienza preguntando a los alumnos. "¿Con qué solución hago la curación?, ¿Siempre debo usar guantes estériles?", los alumnos van contestando, ella asiente y complementa sus respuestas. Al finalizar vuelve a repetir cómo se hace correctamente y porqué" (Obs. A.P1.25:16).*

*"Si crees que el bebé está deshidratado, ¿qué es lo 1º que le preguntarías a la madre? ¿A alguien se le ocurre? Una chica dice "Si ha*

*hecho pipi" Muy bien, muy bien responde P3 y continúa explicando sobre el tema" (Obs. A. P3. 4:31).*

Podríamos tentarnos a pensar que los estudiantes reconocen como buenas formadoras a quienes les brindan espacios tranquilos, agradables y cómodos para aprender. Muy al contrario, los estudiantes valoran positivamente que su formadora los desafíe, los cuestione y les empuje a indagar en sus experiencias y saberes tomando conciencia de ellos, contexto en el cual existe la confianza en que, de cualquier manera, la formadora será quien complemente o explique aspectos que no han sido del todo resueltos:

*"Ella nos hace pensar, lo cómodo sería sentarte en una silla, que ella te lo diga, tú apuntas y ya está. En cambio de esta forma te hace sacar lo que traes de haber estudiado, te hace pensar respecto a lo que sabes. No te lo hace fácil, no te lo hace cómodo, porque después tampoco te lo van a poner fácil. Es "busca porque sabes", si luego hay algo que no sale lo dirá ella, pero lo básico es buscar lo que tú sabes" (GF. A16.50:25).*

*"Cuando me lo explicaba... [el tema a trabajar] no era una clase magistral, sino que había un feedback en el cual intercambiábamos cosas"(E.A2. 12:7).*

Sacar la voz del estudiante también posee un componente que llama la atención, donde la formadora en lugar de ser impositiva para dar instrucciones de acción a los estudiantes, consulta a los mismos su deseo de llevar a cabo procedimientos o acciones vinculadas al cuidado. En tal escenario, nuestras formadoras respetaban las decisiones autónomas de los estudiantes, dando consejos u orientaciones al respecto cuando lo estimaban necesario:

*"Viene un colega de P1 y le dice que hará un procedimiento y si la alumna lo desea lo puede acompañar [es un procedimiento que la estudiante nunca ha visto hacer]. P1 le pregunta si quiere ir y ella asiente, se levanta y va con el colega. P1 acaba los registros en las fichas" (Obs. C. P1. 1:23).*

*"Comienzan a llegar las madres, P3 le pregunta a la alumna si quiere sacar a un bebé y acomodárselo a la madre para que le haga el canguro,*



*la alumna le dice que prefiere verla como lo hace, P3 le dice que de acuerdo" (Obs. C. P3. 3:45).*

*"[P2 y estudiante en la consulta] Reciben a paciente con Diabetes Mellitus II. P2 le explica al paciente la patología y el efecto de la nueva insulina que comenzó a recibir. Le pregunta a A2 si quiere explicarle por qué la importancia de medir el perímetro abdominal. Ella dice que no y P2 lo hace. Al salir el paciente de la consulta, P2 cierra la puerta y le pregunta en voz baja si quiere ella explicar lo del perímetro abdominal [al siguiente paciente]. A2 dice que no. P2 dice que debería comenzar a hacerlo, atreverse es la única manera de ir avanzando" (Obs. C.P2. 15:6).*

Por último, la realización de preguntas no es unidireccional, sino que también la formadora abre espacios para que sean los estudiantes quienes le realicen preguntas para precisar o complementar explicaciones que no han quedado del todo claras:

*"Luego sigue y al acabar dice "¿Me entendieron todos?, ¿Preguntas?", una alumna pregunta si existe un protocolo para saber con qué solución curar, P1 responde que cada lugar tiene sus propios protocolos, que hay muchísimos de acuerdo a las experiencias en cada lugar, comienza a dar algunos ejemplos" (Obs. A. P1. 2:96).*

*"Habla sobre el control de la entrada de familiares y visitas [A las salas de niños hospitalizados], y la aceptación de ingresar juguetes en niños más grandes... ¿Alguna pregunta? Nadie hace preguntas" (Obs. A. P3. 34:8).*

Richard Sennett (2003) plantea que la confianza en el tutor empieza cuando el aprendiz le solicita ayuda libremente. En tal sentido, los estudiantes participantes de este trabajo reconocen como importante la posibilidad que la formadora les brinda de hacer preguntas, además de realizarlo con un estilo que realmente hace sentir al estudiante la confianza para aclarar sus dudas y comprender claramente los temas abordados:

*"Insiste mucho en que las cosas se hayan entendido, siempre dice si hay alguna pregunta o algo que no hayas entendido, quiere que salgas de la clase con lo que ha explicado bastante claro. Yo la veo bastante dinámica y no te da apuro a preguntar" (GF. A16. 2:109).*

*"A mí me parece que es importante cuando pregunta si hay alguna duda, te da la oportunidad de preguntar, porque con los profesores que no lo*

*hacen te da más cosa de preguntar, no hay un espacio dedicado a eso en sus clases"* (GF. A25. 11:8).

### 9.2.2 El uso del error como una oportunidad para aprender

El error es parte del complejo proceso de aprender, y en tal contexto Bain (2006) ha planteado que los mejores profesores universitarios de su estudio realizan preguntas a sus estudiantes para facilitar que sean ellos quienes vean sus propios errores cuando es necesario. De igual manera, nuestras buenas formadoras de enfermería poseen una particular manera de enfrentar los errores de los estudiantes, haciéndoles tomar conciencia de dicha situación mediante preguntas que les permitan darse cuenta por sí mismos que su actuar no fue acertado:

*"Una alumna se secó primero las manos, luego los antebrazos y luego volvió a las manos"*<sup>35</sup>.

*P1 dice: "A ver", toma a la alumna del brazo, la gira para que mire a sus compañeros y le pregunta "¿Cómo te secaste?"*

*Ella describe lo que hizo, posterior a lo cual P1 le dice "secaste tus manos, luego tus brazos. ¿Estaban limpios o sucios?"*

*"Sucios" -responde la alumna-*

*"¿Y luego qué hiciste?" - dice P1-*

*"Me volví a secar las manos" y la alumna sonríe [al darse cuenta de su error].*

*P1 se dirige al resto de sus compañeros y a la misma alumna, repasa lo que hizo la chica y explica a los estudiantes por qué no se debe hacer así, vuelve a demostrar y describir cómo se deben secar las manos correctamente" (Obs. A. P1. 2:80).*

Interesante resulta la manera con la cual la formadora va realizando preguntas que permiten al estudiante reconstruir la situación, recordando cada acción realizada y sus fundamentos, con lo cual rápidamente logran visualizar la equivocación cometida. La misma estrategia es utilizada en las prácticas clínicas para que la estudiante visualice sus errores y realice adecuadamente las acciones de enfermería con sus pacientes:

*"Antes de entrar a cada habitación, P1 y la estudiante miran el libro y revisan lo que se debe administrar a cada paciente. La alumna es quien*

---

<sup>35</sup> El lavado de manos utilizado en la atención clínica define que el secado de las manos debe realizarse desde las manos hacia las muñecas y luego antebrazos, sin retroceder.

*lleva el cuadernillo en las manos, revisa los fármacos que hay en el cajón de cada paciente, mira el horario y la dosis, y le va diciendo a P1 lo que toca administrar a cada uno. P1 va pasando su mano de manera rápida sobre la tabla de indicaciones de cada medicamento y asiente lo que la alumna le dice. A momentos P1 le dice a la alumna "¿Nada más? ¿Segura?", la alumna vuelve a revisar y encuentra otros medicamentos que también se debían administrar" (Obs. C. P1. 1:11).*

Los estudiantes verbalizan este estilo de la formadora para hacerles ver el error como un acercamiento que les provocaba inquietud inicial para darse cuenta que algo no andaba bien, visualizando el error de manera tranquila y sin provocarle sentimientos de angustia o culpabilidad:

*"[Cuando cometía un error] Me decía "¿Qué ha pasado?" y yo me daba cuenta de que algo estaba mal y a veces yo misma decía "Ahh, lo he hecho así y está mal", pero cuando has hecho algo mal, seguro que te lo hace saber, te lo dice bien... no te dice "esto lo has hecho mal", no hace que te sientas culpable" (E.A5. 1:119).*

Además de la estrategia utilizada para que fuese el propio estudiante quien lograra darse cuenta y visualizar su error, nuestras buenas formadoras son capaces de reconducir positivamente los errores como un componente normal del proceso de aprendizaje y abriendo la posibilidad al estudiante a mejorar comprendiendo los fundamentos de las acciones a llevar a cabo:

*"Me decía que no pasaba nada [cuando cometía algún error], que todo el mundo se equivoca, que hay que practicarlo para aprender y es normal que nos equivoquemos, me explicaba como se hacía bien, qué podía mejorar" (E.A1. 48:3).*

*"Es lo que se necesita, cuando no has hecho nada nunca, el profesor tiene que dejarnos el lujo de equivocarnos, porque si llega echándonos la bronca, la próxima vez que nos venga a ver nos pondremos a temblar o sudaremos" (GF.A13.2:108).*

*"Al corregirte no lo hacía de forma brusca ni borde, porque hay docentes que sí es así. Era muy agradable hasta para corregirte (GF. A20. 50:16).*

Además de reconducir los errores de los estudiantes positivamente, la profesora incorpora sus propios errores de manera formativa, haciéndolos partícipes del reconocimiento del error y de la adecuada manera de corregirlo:

*"A continuación se ubican en un círculo alrededor de la mesa con el material estéril y describe y demuestra cómo se debe poner una bata estéril. Al estar poniéndose la bata, se tira la manga con la mano y por tanto contamina la bata, inmediatamente después de hacerlo, cierra los ojos y dice a los alumnos "¿Qué he hecho?", ellos responden "Has tocado con tu mano la bata", P1 dice "eso nunca se debe hacer, he cometido un error", luego entonces, se vuelve a sacar la bata y explica distintas maneras de hacerlo para no cometer el error que ella cometió. Mira a los alumnos y les dice "¿Preguntas?" "No"... contestan" (Obs. A. P1. 25:13).*

La buena formadora es consciente que el error es natural en los profesionales y que puede ser una oportunidad de aprendizaje para los estudiantes; no obstante, los momentos en que la propia formadora es quien comete el error, aún cuando siente molestia y desagrado, utiliza esa experiencia como un aprendizaje y un acercamiento al aula de la realidad profesional:

*S: ¿Qué ocurrió cuando contaminaste la bata mientras hacías la demostración? ¿Lo tenías planificado?*

*P1: Cometí un error que pasa en la realidad, es algo muy importante. No fue ex profeso, sino inconsciente, me desagrado, no me gustó.*

*E: ¿Cómo te diste cuenta?*

*P1: Después de hacerlo, inmediatamente me di cuenta de mi error, y quise destacarlo para que los alumnos se den cuenta que si no estamos atentos a lo que hacemos, aunque tengamos la experiencia, podemos cometer errores.*

*No me gustó porque se supone que yo les muestro cómo se deben hacer las cosas correctamente, pero hubiese sido peor si los alumnos se hubieran dado cuenta y yo no. Yo creo que eso muchas veces ocurre cuando estás con el paciente, no te das cuenta de errores que cometes" (E. P1. 2:106).*

Cuando el estudiante visualiza el error cometido por su formadora, y la manera en que ésta lo aborda, asume con normalidad la posibilidad del error, además de adquirir un aprendizaje más para su futuro desempeño, que de no haber ocurrido no hubiese aprendido:

*“Si ella se equivoca significa que todos nos podemos equivocar, y por tanto yo creo que es bueno que... no se equivoque siempre pero... por ejemplo si no se hubiera equivocado y a nosotros nos hubiese tocado después en la práctica, no sabríamos qué hacer” (GF.A14. 50:23).*

En consecuencia, el error constituye un elemento pedagógico natural, transversal y necesario para los procesos formativos de los estudiantes de enfermería, en la medida que se transforma en una oportunidad para tomar conciencia de sus acciones y las consecuencias de las mismas, de tal manera de no perpetuar las acciones erróneas en la atención de los pacientes, sino ocuparse de aprender, practicar, reparar y prevenir. En tal contexto, el tutor adquiere una relevancia mayor para favorecer que el estudiante comprenda que el error es constitutivo del desempeño profesional, y la ocurrencia durante sus períodos de formación es una oportunidad para aprender. Cuando el estudiante reconoce que se equivoca frente a su tutor, y éste lo incorpora de manera no castigadora como parte natural del aprendizaje, el estudiante crea un vínculo de confianza y libertad con su tutor que abre las posibilidades a que el mismo estudiante sea quien le muestre o dé a conocer al tutor sus errores, confiando en que recibirá por parte de este último una reconducción cuyo único interés es su bienestar como futuro profesional. En tal sentido, podríamos decir que el estudiante le otorga poder al tutor en su proceso de formación, cuando lo reconoce como un referente que tiene un saber relevante, además de tener la convicción de que el consejo recibido por parte de éste será en beneficio de él como estudiante y futuro profesional.

Aún cuando los errores son reconducidos positivamente por las tutoras de este estudio, ellas desarrollan diversas estrategias para prevenir el error de sus estudiantes en el ejercicio de los cuidados. Una de las maneras de prevenir el error son las denominadas “*alertas para cuidar*”, las cuales consisten en situaciones en donde la formadora está explicando cierto contenido vinculado al desempeño de enfermería y repentinamente cambia el tono o ritmo de su voz, reiterando la explicación de manera más lenta y fuerte:

*"S: Mientras explicabas el procedimiento inicial, observé que a ratos subías el tono de tu voz y repetías la idea más de una vez o lo decías de manera más fuerte y lenta. ¿Por qué hacías eso?"*

*P1: ¿Ah sí? No me he dado cuenta, ha sido inconsciente, a ver, dame un ejemplo.*

*S: Por ejemplo, cuando explicaste la importancia de no sacar la aguja directamente del receptáculo de material corto punzante, cuando tienes la jeringa con el medicamento que debes administrar al paciente...*

*P1: ¡Ahhhh! ¡Claro! Es que hago eso porque es algo que encuentro muy importante y que me recordó de alumnos que cometen ese error cuando van a las prácticas, muchas veces son cosas que pueden tener repercusiones importantes para los pacientes. Además creo que ellos pueden cometer esos errores porque ven una mala práctica en los mismos profesionales. Son reflejo de nosotros, que muchas veces no tomamos conciencia de esas acciones. Lo digo entonces para que al menos en teoría hayan escuchado cómo se deben hacer las cosas correctamente" (E. P1. 24:14).*

Estas alertas para cuidar son construcciones intuitivas que realiza la docente a partir su propia experiencia como profesional y como formadora de estudiantes de enfermería, y que le han permitido ser consciente de los efectos de dichas acciones en la práctica. Las alertas surgen de manera espontánea, no planificada, en el proceso formativo y se producen cuando la docente realiza explicaciones u observa acciones en los estudiantes que le recuerdan aspectos relevantes a destacar con el grupo, ya sea por corresponder a errores comunes entre los estudiantes o a situaciones altamente importantes para la práctica:

*"S: He observado que mientras veías a cada alumno cómo cargaban sus jeringas, a momentos decías a todos "A ver" con un tono más alto y dabas explicaciones a ciertas cosas. ¿Por qué hacías esto? ¿Con qué intención?"*

*P1: Porque a medida que iba observando a los alumnos, veía ciertos errores y me acordaba de aspectos que no había dicho o simplemente repetía cosas que me parece que son importantes a tener en cuenta, porque en la práctica muchas veces lo olvidan" (E. P1. 24:13).*

Un profesional de enfermería tiene mayores posibilidades de prevenir el error cuando se prepara para las acciones que debe llevar a cabo. En tal contexto, el docente tiene la responsabilidad de establecer frente a sus estudiantes los límites del error para disminuir la posibilidad de consecuencias graves de su actuar, pudiendo ser reconocido como un referente en el cual los estudiantes confiarán tanto respecto a sus indicaciones como a su acción, solo si pueden identificarse con ellos como modelos profesionales (Cohen, 1988). En tal contexto, nuestras buenas formadoras recurrentemente guían a los estudiantes en la ejecución de las acciones de enfermería, describiendo claramente antes y durante la acción la manera en que deben realizarlas, logrando de tal forma modelar el accionar de la estudiante:

*“Toman el carro y van a la habitación del paciente, lo saludan, A1 le explica que le retirarán la sonda y P1 cierra la cortina y prepara el material, le describe paso a paso a la alumna lo que debe hacer y le muestra el lugar preciso donde debe puncionar para tomar una muestra de orina antes de retirar la sonda. La alumna asiente y lo hace mientras P1 la observa y le vuelve a repetir los pasos que siguen. La alumna lo lleva a cabo correctamente” (Obs. C. P1. 1:48).*

*“Luego vuelven donde están los pacientes y P3 le dice a la alumna que prepare un medicamento y le brinda las instrucciones sobre cómo hacerlo. La alumna asiente y comienza a hacerlo, P3 la observa y cuando acaba le dice que ahora lo complete con una jeringa de 20 ml y la deja. La alumna sigue sola el procedimiento” (Obs. C. P3. 46:6).*

Cuando nuestras buenas formadoras guían a los estudiantes en la realización de acciones de enfermería que éstos nunca han realizado, buscan posicionarse como el estudiante, de tal forma de –asumiendo la postura de éste- poder reconducir sus acciones acertadamente:

*“P1 va pasando uno a uno con los alumnos [En el taller de inyectables], observa los procedimientos y les va dando sugerencias “baja la mano con la jeringa” “sube la ampolla” “siempre el bisel dentro del líquido”, etc. Se pone al lado o detrás de ellos, a veces les coge los brazos y los posiciona correctamente para realizar el procedimiento” (Obs. A. P1. 2:67).*

*“Para tomar temperatura y pulso, P1 demuestra cómo se debe hacer y a su vez describe el procedimiento. Luego les pide a ellos que lo hagan y*

*va corroborando las temperaturas en los termómetros que cada alumno dice tener, además les va tocando los pulsos radiales donde cada uno se lo encontró. Una alumna le dice 34,7º, P1 le mira el termómetro y le dice que lo vuelva a mirar... la alumna lo hace pero le dice que no puede ver, P1 se pone detrás de ella y a la altura de sus ojos, le da las indicaciones para que tome el termómetro y lo gire lentamente hasta ver la línea del mercurio, ahí la alumna logra ver la temperatura correcta” (Obs. A.P1. 22:19).*

Posicionarse como estudiante, tomando su lugar e intentando ver lo que el estudiante ve, ponerse sus anteojos, comprendiendo su inexperiencia para resolver situaciones con diverso grado de complejidad, le permite al formador descubrir los obstáculos que tiene el estudiante para enfrentar adecuadamente las realidades que enfrenta, y de manera natural y fluida reconducir las acciones desde su perspectiva para que las aborde de manera exitosa.

La mala praxis es parte también del accionar de los profesionales de enfermería y son situaciones que inminentemente los estudiantes enfrentarán y se arriesgarán a adquirir también como parte de sus hábitos profesionales. La mala praxis de enfermería puede ser tan sencilla como el incumplimiento de alguno de los pasos del protocolo de la técnica del lavado de manos, como la mala praxis asociada a construcciones y desempeños colectivos mucho más complejos que se alejan diametralmente de los modelos ideales del desempeño de enfermería presentados en las aulas de clases, o del virtuosismo asociado a los cuidados de enfermería desde un enfoque integral. Cualquiera sea el nivel de complejidad de las acciones vinculadas a la mala praxis de enfermería, todas ellas pueden tener consecuencias nefastas para el ejercicio de los cuidados y el bienestar de las personas. En dicho contexto, es que para las buenas formadoras de este estudio resulta tan relevante explicitar ante los estudiantes los errores más frecuentes asociados a los procedimientos que enseñan a sus estudiantes, entregando los fundamentos de tales acciones:

*“Luego explica cómo ponerse los guantes estériles, pide a todos que le presten mucha atención, va describiendo paso a paso el procedimiento, a la vez que lo va haciendo. Luego se detiene en dos aspectos que frecuentemente llevan a error en el procedimiento, explica y demuestra primero como NO se debe hacer y luego aclara como Si se debe hacer, fundamentando porqué” (Obs. A. P1. 2:81).*



No solamente resulta relevante destacar errores comunes asociados a técnicas y procedimientos, sino también malas prácticas que reflejan cómo los profesionales de enfermería comienzan a invisibilizar algunas necesidades que son altamente relevantes para el cuidado de sus pacientes, priorizando su actuar en aspectos más bien técnicos de la atención:

*“Aclara que el hecho de hacer un plan de curas, un plan de atención de enfermería para un paciente, no significa que necesariamente esperarán hasta ese momento para hacerse cargo de él. Una alumna le pregunta qué ocurre con aquellos niños que están en urgencias o con pacientes que están muy poco tiempo, P3 responde que lo importante es valorar las 14 necesidades para cuidar a ese niño, por ejemplo, en urgencias es muy común que la enfermería se centre en los mocos, las analíticas, el oxígeno, y se olvidan que el niño también debe comer, igual que todos. A veces hasta que la madre no pregunta si puede comer, nadie se acuerda de ese aspecto” (Obs. A P3. 5:13).*

Las malas prácticas vinculadas a la invisibilización de ciertos aspectos relevantes en la atención se hacen comunes también en las rutinas de los equipos de enfermería y son observadas con nitidez por parte de los estudiantes, lo cual es nuevamente reconducido de manera positiva por la formadora, sacando las experiencias positivas de los errores y aprendiendo conjuntamente de ellos:

*“P3 le pregunta a la alumna qué les puede comentar de su práctica en UCI<sup>36</sup>. La alumna le dice que le llamó la atención que a una paciente de 15 años le iban a hacer aseo y nadie corrió las cortinas<sup>37</sup>. P3 le dice “¿Y tú has preguntado por qué no lo hacen?”, “sí y me han dicho que por costumbre, aunque a mi parecer es muy importante mantener la intimidad de esa chica”, contestó la alumna. P3 le comenta que es muy común hacer o dejar de hacer cosas por rutina, y que ellos como alumnos muchas veces ven cosas que quienes están dentro ni siquiera se dan cuenta” (Obs. A. P3. 5:19).*

*“S: A veces a partir de experiencias de las alumnas, compartes con ellos tu propia experiencia. ¿Por qué haces esto?*

---

<sup>36</sup> Unidad de Cuidados Intensivos.

<sup>37</sup> Cerrar las cortinas como mecanismo para proteger la intimidad de los pacientes frente a otras personas que se encuentren en la habitación, al momento de dejar al descubierto parte de su cuerpo para realizarle diverso tipo de procedimientos.

*P3: No sé, porque me siento en la obligación de ir más allá del programa, de fortalecer la manera de ser o llegar al paciente. En el momento en que escuchaba a una alumna pensé "estamos sacando los trapos sucios", entonces les cuento que yo también lo he vivido y que hay mucho por cambiar, hay que reconducirlo pedagógicamente, sacar lo positivo de las experiencias negativas, tenemos mucho por aprender. No sé realmente si esto es lo que hay que hacer, pero es lo que me sale, lo que se me ocurre en el momento" (E. P3. 5:26).*

La buena formadora es consciente de las falencias del colectivo enfermero por su propia experiencia y visualiza como una oportunidad de mejora la formación de nuevas generaciones de profesionales. En tal sentido, a partir de las experiencias de mala praxis que los estudiantes han observado en sus prácticas clínicas, enlaza sus propias experiencias, buscando que se conviertan en una posibilidad de tomar conciencia y formar al estudiante, no solo en el cumplimiento de tareas, sino en su forma de ser y vincularse con el paciente. Estas estrategias son resultado de un actuar intuitivo, experimentado y de comprensión contextualizada que realiza el profesional experto, que le permite hacer explícito lo implícito, pudiendo construir modelos de práctica profesional, y logrando de tal manera un producto de interacción social, a partir de saberes individuales (Johnson, 2002). Así entonces, el buen formador a través de estas estrategias integrales no premeditadas, es capaz de discriminar lo esencial de lo que no lo es (Le Boterf, 2007).

### **9.2.3 Las estrategias utilizadas particularmente en el aula**

Las tutoras de nuestro estudio utilizan en el aula algunas estrategias que sin duda acercan al estudiante a la realidad profesional. Una de ellas es compartir sus propias experiencias profesionales, facilitando la comprensión respecto a las posibles situaciones con las que se pueden encontrar:

*"Una alumna le habla sobre la dificultad que siente cuando los familiares le contestan mal, P3 le pregunta qué ha ocurrido, la alumna le cuenta sobre el esposo de una paciente, que se enfadó con la auxiliar y ella estaba allí. P3 la escucha atentamente, le pregunta cómo reaccionó la auxiliar y luego le describe maneras de cómo una enfermera lo podría*

*abordar: contención, hablar con familiar, derivar a asistente social, psicólogo, etc. Cuenta una experiencia que ella vivió con una madre que olía a pipi y el resto de los padres se quejaban, comenta diferentes estrategias con las que se podría manejar esa situación y cómo lo manejó ella en ese momento" (Obs. A. P3.42:4).*

*"P3 destaca en un recuadro de la diapositiva: "El principal factor de estrés es la separación". Al hablar sobre este punto explica su propia experiencia cuando estaba recién egresada: ingresó a trabajar en una unidad de oncología y le dijeron que a las 11:00 debía pedirle a los padres que debían marcharse. Ella quedó con un pasillo de pacientes solos en sus habitaciones, donde las auxiliares daban vueltas constantemente para vigilarlos. Dice que este modo de llevar el tema de la presencia de los padres ha cambiado mucho con el tiempo y ahora los padres están siempre presentes con sus hijos. Comienza a describir los cuidados de enfermería vinculados" (Obs. A. P3. 36:1).*

Indiscutiblemente existe un vacío entre la realidad profesional y los discursos presentados a los estudiantes en el aula, en términos de lo que se les enseña, respecto a lo que debería ser la enfermería a través del seguimiento de protocolos lineales y ordenados para reconocer y resolver los problemas, versus la experiencia real del ejercicio de los cuidados. Nuestras buenas formadoras son poseedoras de esta experiencia real que les permite acercar el mundo profesional al aula, evidenciando que esta realidad que no es tan ordenada ni satisfactoria, y que las intervenciones y planificaciones no siempre tienen los resultados que se esperarían. Las buenas formadoras comparten buenas experiencias que motivan al estudiantado, pero también ejemplifican las experiencias negativas que permiten ver que la realidad es compleja, difícil de abordar y en donde muchas veces se debe poner en marcha otro tipo de habilidades que no se aprenden desde los libros ni desde la teoría. En relación a las situaciones antes descritas, los estudiantes destacan la importancia que tiene el hecho que las formadoras les compartan sus experiencias reales positivas y negativas más allá de la teoría, como manera de reflexionar, comprender mejor, proyectarse y ver con mayor sentido de realidad la experiencia de ser profesional de enfermería:

*"Se enfrenta a situaciones difíciles y eso nos lo comparte, como pasó aquel día en que se le había muerto un niño pequeño y al llegar a clases nos contó lo que había ocurrido, realmente se le veía afectada de una situación real, te hace ponerte en el papel y te hace pensar qué es lo que harías si te tocara" (GF. A27. 11:11).*

*"Los ejemplos, porque es una manera de enseñar la teoría pero a partir de la práctica... es como si te dijera "recuérdalo", explica el ejemplo, ves que eso es importante y lo entiendes mejor" (GF. A23. 11:30).*

*"Una vez hizo un comentario, que esta profesión no es un camino de rosas, nos hace ver las cosas como son, las cosas buenas y las no tan buenas... que muchas veces hubiese cogido la bata y la hubiese colgado, pero pesan más las cosas buenas. Nos hace ver como es la profesión... más o menos, porque hasta que no lo vemos realmente..." (GF. A13. 2:127).*

Algunos estudios en los últimos años (Rodríguez, 2012; Rivera, 2013) han mostrado el uso de las metáforas por parte de las formadoras de enfermería a sus estudiantes, cuando buscan que ellos comprendan más claramente situaciones clínicas que son desconocidas o de mayor complejidad. Asimismo, las buenas formadoras de nuestro estudio utilizan ciertas metáforas para representar con mayor claridad una situación que espera los estudiantes comprendan, especialmente considerando que es altamente probable que ellos no hayan tenido acercamiento alguno a dicha situación profesional, pero sí posean alguna experiencia relacionada con la metáfora presentada:

*"Muestra una foto de un neonato y describe sus características físicas, dice que en la unidad le llaman "gambas" por su color y transparencia de piel. Aclara que no es en afán despectivo sino porque refleja muy bien sus características de piel. También comenta que en general la gente que trabaja con prematuros les gusta mucho su trabajo y lo disfruta" (Obs. A. P3. 34:6).*

*"Ahora P3 se refiere a la punción por capilares, pregunta si todos conocen los capilares... "siii" responden los alumnos. "¿Alguien no sabe lo que es un capilar?" Una chica dice que se lo imagina pero que nunca los ha visto. P3 describe los tubitos y su función, luego va explicando el procedimiento, y al momento de exprimir la piel, toma un muñeco que ha traído para las demostraciones, le toma el pie y muestra cómo hacerlo a la vez que va describiéndolo. Los alumnos la observan atentamente y con cara de extrañados. P3 dice "¿Alguien alguna vez ha ordeñado una vaca?". Tres alumnos dicen que si, "¿El resto lo ha visto?" "Siii", dicen varios, entonces comenta que es una técnica muy*

*similar, dibuja la teta en el pizarrón y ubica su mano como si la fuese a ordeñar, va describiendo la técnica. Pregunta si queda claro, los alumnos responden que si" (Obs. A. P3. 5:7).*

Esta forma de enseñar es un conocimiento profesional que según Schön (1992) se produce *en, desde y para* la práctica. Efectivamente, nuestras formadoras en su práctica formadora, al ver los rostros de confusión de sus estudiantes buscan rápidamente maneras de hacerles ver y comprender sus explicaciones. Finalmente, la analogía es la manera que encuentran de acercar este nuevo saber con los conocimientos que más probablemente posean los estudiantes y que facilitarán que finalmente incorporen el aprendizaje buscado. En palabras de Shulman (1986), el Modelo de Razonamiento Pedagógico y Acción revela la manera en que los profesores, con distinto nivel de conciencia, transforman el conocimiento que poseen en algo enseñable y comprensible para los alumnos. En este caso, esas transformaciones se realizan mediante metáforas, ejemplos o analogías que adaptan los contenidos a las preconcepciones, características y contextos de los estudiantes.

Estas comprensiones se hacen más complejas cuando los estudiantes no tienen experiencia alguna relacionada con la explicación que se está brindando. En tal escenario, la formadora recupera de manera rápida y acertada las experiencias que los estudiantes pueden tener, para lograr la buscada comprensión del nuevo saber enseñado:

*"P3 le dice al grupo de estudiantes que quería comentarles algo que le dijo una de las enfermeras hoy respecto a la administración de dosis [de medicamentos] muy pequeñas en los bebés. Dibuja en el pizarrón una jeringa explicando que para asegurarse que pase toda la dosis debe cargarse la jeringa con el doble [de medicamento], o bien pasar luego otra jeringa con suero [fisiológico]. Pregunta si está claro: "nooo", responden los alumnos.*

*Dibuja otra vez la jeringa y vuelve a explicarlo de manera similar, "¿Está claro ahora?" pregunta P3, "nooo", contestan los alumnos.*

*"¿Y ahora como lo explico?" Comenta P3... Dibuja una jeringa más grande y explica la administración de Vancomicina® en una dosis grande [para adultos] que es una experiencia que ellos ya tienen, luego dibuja una jeringa pequeña y explica la diferencia existente con la administración de dosis pequeñas de esa misma Vancomicina®. Pregunta P3 "¿Está claro ahora?", "Siiii"... contestan los alumnos" (Obs. A. P3. 5:21).*

La formadora se cuestiona la estrategia pedagógica llevada a cabo y busca la manera de hacer explícito un saber relevante que para ella es tácito, retomando experiencias previas de los estudiantes que permitieran distinguir dicho saber con el nuevo conocimiento presentado:

*“S: Cuando explicaste la administración de dosis pequeñas de medicamentos y los alumnos no te entendían... ¿Por qué llegaste al ejemplo de la Vancomicina® en dosis de adultos?”*

*P3: Primero se lo expliqué de la manera que yo lo entiendo, no lo veían. En la mente lo tengo claro, pero no sé cómo decirlo con palabras, entonces me dije “¿Y ahora como lo explico?”, y se me ocurrió que yendo más atrás y retomando lo de la Vanco que era algo que ya sabían, entonces podrían entenderme esto otro y ver las diferencias” (E. P3. 5:27).*

Para Atkinson & Claxon (2002), la práctica profesional posee componentes intuitivos que permiten resolver las situaciones de manera inmediata y adecuada, tal y como ha ocurrido con la estrategia pedagógica utilizada por la docente experta. Esta acción nuevamente es intuitiva y se provoca en el conflicto al que se ve enfrentada la docente, cuando se da cuenta que los estudiantes no logran comprender la explicación que ella les está brindando por tratarse de un saber tácito y difícil de verbalizar. La intuición para McMahon (2002) envuelve una red de maneras de conocer que suelen ser menos explícitas y sistematizadas que el discurso normal, y que incorpora el juicio, el aprendizaje implícito, la pericia profesional, la creatividad, la sensibilidad y la cavilación.

### **9.2.3.1 Optimización de los recursos existentes en aula**

El uso de recursos tecnológicos, específicamente la realización de clases masivas con utilización de presentaciones en PowerPoint que estructuran la exposición, es una práctica bastante común a nivel de la formación universitaria. Con lo anterior no sería novedoso exponer como resultado de este trabajo que los buenos expertos también utilizan estos recursos tecnológicos como apoyo crucial en sus clases. Es más, estudios anteriores (Guzmán, 2009) que han trabajado con profesores expertos a nivel de escuela exponen la utilización de recursos didácticos variados para enriquecer sus

explicaciones. Ahora bien, la pregunta central sería: ¿qué es lo que caracteriza a los mejores formadores de enfermería cuando utilizan estos recursos?

La manera de llevar las clases en aula de la única formadora de nuestro estudio que desarrollaba este tipo de actividades formativas, se caracterizaba -desde la perspectiva de los estudiantes- por ser dinámicas y con estrategias visuales mediante PowerPoint con imágenes atrayentes y significativas, que ayudan a "verlo mejor". Este ver, expresado por los estudiantes, supera la mera comprensión de un contenido o procedimiento, logrando motivar de manera amena que vean o imaginen contextos reales en donde las intervenciones de enfermería deben llevarse a cabo considerando las características propias de los complejos escenarios de la acción cuidativa:

*"A. 27. Yo lo veo de manera instrumental, nos explica a partir de esa foto y nos ayuda a verlo mejor, en vez de que ella nos explique sin más.  
A 25: A veces uno no se imagina las situaciones reales, entonces verlo en fotos te ayuda, por ejemplo un niño lleno de tubos, es muy diferente a un adulto que quizás no se nota, pero en un chiquitito se ve la diferencia, sí que se nota"* (GF. 11:5).

*"Algunos temas son aburridos y ella lo hace ameno"* (GF. A.17. 2:111).  
*"A mí me han gustado mucho los seminarios que da... Son más dinámicos"* (GF. A23. 11:19).

Las observaciones directas en la sala de clases también muestran evidencias respecto a la utilización de imágenes especialmente significativas, repletas de contenido, que transmite sensaciones y que son altamente importantes para contextualizar la atención de enfermería desde una perspectiva integral:

*"Habla de los niños con trasplante de médula ósea. Al describir los cuidados de enfermería acompaña la diapositiva una foto de un niño oncológico con alopecia que está debajo de la cama boca abajo, brazos cruzados en los que apoya la cabeza con la mirada perdida. Foto en blanco y negro de una habitación de hospital, la cama blanca vacía, la mesita a los pies y la silla vacía al lado de la cama.  
P3 explica por qué puso esa foto: es previa al trasplante, dice mucho de cómo puede sentir ese niño en ese momento: temor, incertidumbre, soledad. Y frente a eso es donde la enfermera debe detectar necesidades y actuar"* (Obs. A. P3. 4:34).

*"Dice que en un hospital de niños hay payasos, colores, música, juegos, enfermeras con batas de colores, etc. Muestra una foto de una sala de hospital con niños mirando y tocando grandes dibujos pintados en las paredes" (Obs. A. P3. 4:36).*

La formadora disfruta dándole un espacio en sus clases a las imágenes que impactan e inducen a la reflexión en los estudiantes respecto a situaciones relevantes para la profesión, especialmente si existe la posibilidad que un número importante del grupo de estudiantes nunca tengan la oportunidad de realizar prácticas con niños durante su formación:

*"S: Observé que en muchas ocasiones pones fotografías, dicen mucho y te detienes en ellas con los alumnos haciendo que vean lo que representa, qué sienten... ¿por qué lo haces?"*

*Pongo menos de las que quisiera, me gustaría poner más, pero en pediatría no hay tantas...Creo que las fotos pueden impactar mucho y pueden hacer pensar mucho, entonces intento ilustrar ciertas cosas de esa manera, creo que puede ayudar mucho una imagen, porque aquí hay 32 alumnos que no irán a hacer prácticas de pediatría porque irán a materno, entonces eso me preocupa porque no estarán en contacto con niños. Por ejemplo esa foto del niño atado a la cama te puede hacer pensar" (E. P3. 9:10).*

El uso de imágenes en las clases masivas de aula, tiene para la formadora una motivación que va más allá de explicar y representar un contenido. En este sentido, las imágenes presentadas a los estudiantes buscan sensibilizarlos en aspectos que desde la perspectiva de la formadora se han ido perdiendo en el ejercicio de los cuidados de manera rutinaria, y son altamente relevantes en la atención. La formadora indaga mediante preguntas para que los estudiantes descubran y sean conscientes de dicha situación, favoreciendo que sean capaces de reconocerla cuando se enfrenten a la realidad, generando cambios y colaborando en la progresión de la profesión de enfermería:

*"S: Precisamente lo que mostrabas no era cualquier foto, por ejemplo esa foto que mostraste del chico que se haría trasplante de médula y estaba debajo de la cama.... Tú hiciste que la miraran, te detuviste, les hicisteis preguntas: "observa la foto, ¿dónde está ubicado el niño, qué puede representar, qué siente, qué temores tiene, qué siente este niño?..."*



*P3: Es que yo siento que perdemos mucha sensibilidad en enfermería, por la costumbre hay muchas cosas que no vemos. Yo lo veo muy bien cuando voy a otras unidades que no es la mía y digo "¡Qué barbaridades hacemos!", no se dan cuenta de lo que hacen... por eso quiero que los alumnos se den cuenta, para que lo trabajen, creo que lo primero es hacerte consciente de eso. Cuando les explicaba esto de los pacientes en la UCI... cuando estás allá no lo ves y yo quiero que lo vean. Cuando estoy con ellos en las prácticas intento que se den cuenta que esas cosas afectan a los niños, a veces los enfermeros se ponen a hablar a la una de la noche muy fuerte y no se dan cuenta que los niños están enfermos y necesitan descansar. Creo que desde la ignorancia se pueden hacer grandes cambios... les ayudo a identificar estas situaciones y les pregunto "¿Podéis hacer algo para cambiar esta situación?" Estoy consciente que la posición de alumna no es la posición ideal para dar lecciones, pero si nos damos cuenta que un niño no nos dice lo que le pasa...intento aprovecharlo cada año y sé que se han hecho cambios. Les hago sentir importantes y que vean que ellos pueden cambiar actitudes para que la enfermería progrese" (E. P3. 9:11).*

En síntesis, realizar docencia y particularmente desarrollar clases masivas a los estudiantes de enfermería, no es algo fútil en términos de ser un trabajo más. En tal sentido, no se trata solo de hacer una clase entretenida, explicar un contenido con un par de fotos que de cierta manera grafiquen lo que ella está enseñando. La realización de clases se convierte, para nuestra formadora, en una oportunidad de transmitir el sentido profundo de la profesión, el significado que ella misma le otorga a la enfermería y al vínculo con sus pacientes. Nuestra enfermera deja luces respecto al inconformismo que siente en torno a la manera habitual en que se brindan los cuidados, no resignándose a que la enfermería se mantenga estática. La buena formadora desea profundamente que la enfermería cambie y cree que la formación de estudiantes puede ser una oportunidad para que aquello constituya una realidad, instalando en ellos la convicción de que son importantes en estos procesos de cambio para mejorar el desempeño profesional en función del bienestar del paciente. No limita sus clases a enseñar la acción reducida de cuidar asociada a la realización adecuada de un procedimiento o a la comprensión y aplicación de contenidos, sino que utiliza ese espacio para que sean los estudiantes quienes descubran, vean y cuestionen las propias acciones profesionales. Este proceso provocativo y desafiante lo concreta mediante la realización de preguntas profundas y reflexivas: *¿Dónde está ubicado el niño?, ¿Qué puede representar?, ¿Qué siente este*

*niño?*, *¿Qué temores tiene?*, *¿Podéis hacer algo para cambiar esta situación?*. Les empuja a imaginar un escenario que nunca han visto y que intenten sentir, ponerse en el lugar del profesional a cargo de esos cuidados, que intenten empatizar con el paciente indagando en las incertezas que el profesional enfrenta más allá de la patología, que es lo concreto y lo abordable de manera más bien estandarizada. Después entonces que el estudiante se ha detenido, ha imaginado, se ha intentado aproximar a las realidades complejas de los cuidados de las personas, es el momento en que indagan en las maneras que ellos creen pueden intervenir, tomando conciencia de aquello. De tal manera, cuando lleguen a sus prácticas, o bien cuando sean profesionales y deban enfrentarse a pacientes con situaciones similares, no pasen de largo de lo contextual, lo propio de cada individuo, no invisibilicen estas situaciones. Una vez más hablamos de la preocupación que tiene la formadora por la *invisibilización* de las complejidades de cada paciente que requieren cuidados conscientes, individualizados y apropiados a cada persona como ser integral. En tal contexto, las acciones invisibles de los cuidados de enfermería implican habilidades tan complejas como creer en las personas, permitirles recuperar la esperanza, fortalecer sus capacidades y, en definitiva, estar presente acompañándolo en su proceso de salud enfermedad (Collière, 1986).

Planteamos que la buena formadora necesita transmitir y hacer partícipes a los estudiantes de una enfermería humanista y mucho más compleja que el simple seguimiento protocolos o cumplimiento de indicaciones. Este paradigma humanista requiere de actitudes interesadas por lo humano, centrándose en el desarrollo de lo que es el hombre desde sus dimensiones biológica, psicológica, social, cultural y espiritual, incluyendo entonces una preocupación por sus intereses profundos, sus problemas y su posición en la vida (Paravic, 2010). La enfermería tiene un vínculo estrecho con el cuidado de la vida humana, lo cual le brinda sustento y significado a su práctica y les exige a sus profesionales un compromiso existencial para lograr un satisfactorio nivel de salud de las personas en medio de interacciones entre seres humanos donde confluyen sus creencias, valores, experiencias e historias (Arrollo de Cordero, 2000).

Ahora bien, en el contexto específico de este estudio, donde la formadora tiene claridad de que muchos de sus estudiantes no tendrán la posibilidad de realizar prácticas

clínicas en espacios pediátricos, llama la atención el desapego de la buena formadora respecto al programa establecido, dejando espacio dentro del aula para discutir con los estudiantes sobre aspectos del cuidado que no se vinculan directamente a explicaciones lineales de los contenidos. En tal sentido, la formadora experta realiza una interpretación de las reglas con total autonomía, pudiendo incluso crear sus propias reglas y abandonar las normas establecidas (Le Boterf, 2007). Ella misma manifiesta respecto a las fotos "*Pongo menos de las que quisiera, me gustaría poner más*", lo cual refleja su máximo interés por mostrar muchas más situaciones a los estudiantes, haciéndoles ver esta realidad compleja, difícil y en ocasiones desalentadora en términos del reduccionismo deshumanizado con el que se aborda el ejercicio de los cuidados. Nuestra buena formadora ve en los estudiantes una esperanza de cambio y una posibilidad de mejora para elevar el nivel profesional y desarrollar una enfermería realmente humanizada.

### 9.3 CUIDADO DEL ESTUDIANTE Y CUIDADO DE ENFERMERÍA

La presente dimensión fundamentalmente refleja los vínculos entre las concepciones que poseen las formadoras expertas respecto al cuidado y la formación de profesionales de enfermería. Descripciones de la enfermería respecto al sentido de cuidar, sus ideales, deberes, valoración social, dificultades y prácticas de excelencia, se vinculan con el evidente cuidado que ejercen sobre sus estudiantes y el fundamento de sus acciones pedagógicas, acercándose al trayecto formativo en las condiciones que plantea Medina:

*“El trayecto formativo en un ambiente educacional, donde la alumna interacciona con la historia, la cultura y el saber enfermero a través de la biografía de la profesora con el fin de crear significados que constituyan un conocimiento profesional compartido y relevante para la práctica del cuidado tanto desde la perspectiva de la enfermera como desde la persona que recibe sus servicios, y que supongan además una deliberación de todos los participantes” (Medina, 1999,171).*

#### 9.3.1 Respecto a la vocación de cuidar

Tradicionalmente se ha esperado que los profesionales de enfermería estudien y desempeñen la profesión con una vocación incuestionable de servicio y entrega que históricamente ha estado ligada a lo divino, dado el vínculo del ejercicio de los cuidados como parte de una vida de servicio en contexto de órdenes religiosas (Collière, 1993). Algunos estudios (Fundichely & Zaldívar, 1999) plantean que el principal motivo que aducen las profesionales para haber escogido estudiar enfermería es la vocación, y que aquello influye positivamente en su autoestima profesional. Dado lo anterior, pareció relevante indagar en el sentido que le otorgan nuestras formadoras expertas al ejercicio de los cuidados de enfermería, lo cual presentó ciertas convergencias interesantes con la concepción vocacional de cuidar.

Para algunas de nuestras formadoras expertas existen razones profundas y no racionales que permiten querer y disfrutar el ser enfermera, lo cual pueden explicar mediante una vocación interna:

*"No sé quién me puso dentro el querer ser enfermera... lo he ido aprendiendo y creo que con lo demás puede pasar igual, pero hay algo de vocación que lo llevas dentro y por eso te gusta, aunque no sabes por qué razón, para mí no es racional"* (DP P1.4:16).

Esta vocación puede ser aprendida desde personas que constituyen referentes altamente significativos para la profesional, lo cual otorga satisfacción plena cuando el cuidado se constituye en una realidad:

*"Ella [mi madre] me enseñó a ser feliz cuidando y yo soy feliz cuidando"* (E. P3. 3:9).

La vocación de enfermería se visualiza como un componente profesional que se aprende o se adquiere de otros, y una vez que se hace propio, otorga satisfacción y sentimientos positivos hacia la profesión enfermera.

Siles (2005) plantea la paradoja de reconocer que la coexistencia de una enfermería vocacional con una enfermería profesional y científica, sea una fuente de conflictos y de enriquecimiento al mismo tiempo. En la presente investigación, también existen formadoras expertas que aún cuándo consideran la enfermería como una oportunidad para realizarse y sentir satisfacción, especialmente por disfrutar con el trato con las personas, consideran que la mirada vocacional de la enfermería, vinculada a una idea solidaria, de ayuda al prójimo y salvadora del mundo, arriesga a caer en un desempeño poco profesional:

*"La verdad es que la idea de una profesión vocacional me da bastante grima: creo que la vocación es para los religiosos y muchos enfermeros no trabajaríamos si no nos pagaran a fin de mes. Esto no significa que no adore mi profesión: me considero afortunada porque disfruto con mi trabajo, me satisface muchísimo, me realiza y me permite vivir, pero la idea de la enfermería solidaria, como si fuéramos a salvar al mundo, lejos de ayudar, pienso que nos resta profesionalidad"* (DP. P2. 2:21).

Estos planteamientos asociados al servicio del prójimo correspondían a cualidades morales cristianas declaradas como necesarias para las enfermeras a mediados del siglo pasado, y que las predisponían a comprender y a ayudar al paciente por encima de todo (Miró Bonet, 2008). Se hace necesario, aún en la actualidad, de

valorar y disfrutar del trato con las personas para ser buenos profesionales, no obstante este aspecto no debería convertirse en el principal motor de la enfermería por arriesgar a ejercer los cuidados de manera paternalista:

*“Si no disfrutamos con el trato con personas, no deberíamos ni pensar en la enfermería... pero la idea de ayudar al prójimo, todo y que muy loable, no me parece que deba ser la principal motivación de un enfermero, que nos puede llevar a ser, en ocasiones, paternalistas. Intento huir de la idea vocacional y altruista de la enfermería. Ser buenas personas no nos hace más profesionales ni mejores enfermeros” (E.P2. 2:5).*

La representación vocacional religiosa que históricamente ha tenido la profesión de enfermería se ha ido tornando cada vez más como una vocación social, ya que aún cuando quienes ingresaban a estudiar no tenían suficiente claridad respecto a la labor profesional, era claro que poseían una predisposición al servicio social, al cuidado y a las relaciones con las personas, que iban más allá de una llamada vocacional sagrada (Miró Bonet, 2008). Desde los inicios, la imagen social de la enfermería tiene más implicancias de valor humanístico que científico tecnológica, lo cual según Arrollo de Cordero (2000) requiere de una vocación con una máxima convicción para comprometerse con la misión del humanismo. Ahora bien, superada la discusión respecto al carácter vocacional o no de la enfermería, las formadoras expertas valoran la profesión como una conjunción de sentimiento y acción profesional de alta responsabilidad respecto a las personas y a sus familias:

*“Para mí ser enfermera es sentir y ejercer la responsabilidad del cuidado integral de una persona y en mi caso como enfermera neonatal, no solo de una persona sino de una familia.” (DP. P3. 3:1).*

Darle sentido a la enfermería como un “querer” una relación de cuidado integral y profesional con otra persona que está en condiciones de mayor fragilidad, para potenciar su autonomía mediante la comunicación y el acuerdo con él y su familia:

*“Para mí ser enfermera es querer cuidar aquella persona que en aquel momento está tanto en unas condiciones físicas como psicológicas de “baja intensidad”... Saber pactar con el paciente en momentos difíciles, tener una buena comunicación con el paciente y familia” (DP. P1.1:5).*

A pesar de la fragilidad o necesidades del paciente antes mencionadas, es clave concebir al paciente como un protagonista de su salud y sus cuidados. En tal sentido, el profesional de enfermería se convierte en un facilitador de los cuidados, ya que el paciente no solo es un receptor de cuidados de enfermería, sino que es partícipe activo tanto de su planificación como de su ejecución, pactando de manera conjunta con la profesional dichos cuidados, en un contexto único -porque es personalizado y situacional- de confianza y respeto:

*“Para mi ser enfermera es ofrecer al paciente aquello que yo le puedo aportar como profesional...facilitar que el paciente sea lo más independiente posible... es fundamental una relación bidireccional, un feed-back con el paciente para personalizar los cuidados y pactar expectativas y objetivos comunes. Creo que en el trabajo de la enfermera es clave la confianza, el respeto, la profesionalidad y la idea de trabajo en equipo, un equipo que también incluye al paciente” (DP. P2. 2:1).*

Las docentes expertas consideran la enfermería como una profesión humana y trascendental, donde son los propios profesionales quienes deben asumir la responsabilidad de ser críticos para construir conocimiento que permita a la profesión evolucionar, consiguiendo luego la satisfacción de lograr un trabajo de calidad:

*“Precisamente esta fuerza que nos tiene que dar el sentir la responsabilidad de nuestra profesión. Fomentar el entusiasmo y el reto que plantea una profesión tan humana y tan trascendental. Hay que ser muy crítico y construir para avanzar y conseguir la gran satisfacción que aporta el hacer las cosas bien” (E. P3. 3:6).*

Este cuidado humanizado es transmitido explícitamente a los estudiantes por parte de la enfermera no solo como un ideal teórico y discursivo, sino como una necesidad frente a situaciones reales en las que se debe demostrar respeto y preocupación por el paciente, lo cual es producto de la experiencia:

*“Es lo que les intento enseñar a los alumnos, una persona en coma yo no sé si me oye o no me oye, siempre les digo, trátales de una manera adecuada, no hagas comentarios despectivos, ni ningún comentario que no harías frente a alguien consciente. Si tú crees que esa persona es un trozo de carne, tú la tratas como una persona como tú y yo, coges el zumo de la profesión. Si a aquella persona tú la lavas y no haces ningún*

*comentario, y si coges el brazo y se te cae... como no lo siente... es para mí horroroso, y a lo mejor sabrá poner una sonda nasogástrica con mucha precisión y te hará una gasometría a la primera, pero para mí como enfermera me baja. En el otro lado a quien le estás haciendo esto es una persona, te oiga o no te oiga, la cosa más sencilla como hacer un lavado de ojos... preocuparte que tenga la boca limpia... Esto si te lo puedo asegurar que ha sido con los años" (E.P1. 4:18).*

Esta especial manera de cuidar, de preocuparse y vincularse con el paciente, es un aspecto que para nuestras formadoras es relevante de experimentar por los estudiantes, desarrollando habilidades de comunicación verbal y no verbal que les permitan dar cercanía a la relación enfermera paciente, y humanizar también la realización de técnicas y procedimientos:

*"Es muy importante tanto la comunicación verbal como la no verbal. Hay muchos ancianos que allí no tienen familia y tú pasas a ser su familia. Un poco de familiaridad a ellos les beneficia y a mí también. Esto intento que los alumnos lo vivan, les digo, "aunque es importante hacer la técnica, antes de hacerla háblales del tiempo, si sabes que han venido los nietos háblale de ellos o cualquier cosa, acércate a ellos" (E.P1. 4:12).*

Campos (2006) plantea la necesidad que en el establecimiento de vínculos entre enfermera y paciente es necesario que se establezcan relaciones genuinamente humanas, donde exista un especial énfasis por el respeto a la dignidad del ser humano, concibiendo al paciente como una persona y no como un objeto de atención. Consecuente con dicho planteamiento, la particular manera de vincularse de nuestras formadoras expertas va más allá del mero ejercicio de acciones profesionales e implica un compromiso personal profundo por el cuidado integral de una persona, en donde también influyen los sentimientos y emociones del profesional y del paciente:

*S: En el diario comentas que para ti ser enfermera es "sentir y ejercer la responsabilidad del cuidado integral de una persona". ¿Qué implica ese "sentir"?*

*P: Yo creo que para hacer esto bien, tienes que comprometerte a nivel personal, hacer que esto se convierta en un sentimiento... quizás porque yo no lo concibo de otra manera en nada de lo que haga en mi vida. Todo lo que hago pasa por mis sentimientos, no soy una persona aséptica, yo creo que no hay que serlo porque cuando cuidas, cuidas*



*también sentimientos, con lo cual también te implicas. Lo que pasa es que para hacer esto se requiere un trabajo como persona que yo creo que lo he intentado tener para no transmitir prejuicios que pueda tener. Para dar lo que la gente necesita y no lo que yo quiera dar, hay que hacer un trabajo a nivel emocional y de sentimientos... yo lo intento" (E. P3. 6:8).*

Brindar un cuidado integral que se convierta en un sentimiento profundo para el profesional de enfermería, y que a su vez esté abierto también a cuidar los sentimientos del paciente como parte de sus necesidades, es posible de enseñar a los estudiantes fomentando en ellos la necesidad de trabajar esta dimensión profesional. No obstante, el logro de la implicación persona-profesional en los cuidados dependerá de la disposición y exigencia que cada estudiante presente en su desarrollo profesional:

*"Yo creo que se puede transmitir [la implicación de sentimientos en un cuidado integral]... lo que pasa es que depende mucho del nivel personal que tengan ellos [los estudiantes]. Lo que creo que se puede transmitir es la necesidad de que se haga este trabajo, luego depende de cada uno la disponibilidad que tengan para ello, luego no solo te encuentras con estudiantes sino con compañeros que lo hablamos y dicen que es muy importante, pero hay quienes dicen "yo soy como soy, tengo mis límites personales y pienso que nadie me puede exigir nada" y separan mucho la profesión de la persona. Yo con los estudiantes lo que hago es transmitir por lo menos mi creencia de que esto es necesario para ser un buen profesional, depende también del nivel de exigencia que tenga cada uno a nivel profesional" (E.P3. 6:7).*

La enfermería actual requiere con urgencia tener claridad de las responsabilidades que le significan las demandas sociales, reconociendo el valor en cada persona como parte de la sociedad. Los profesionales de enfermería representan un potencial de humanismo que se traduce en actos voluntarios y gratuitos para esforzarse en comprender la problemática de cada persona y colaborar en la mitigación de las angustias causadas por estados de alteración de la salud, comprendiéndolos como fenómenos multifactoriales y demostrando actos de calidad humana que generen en el paciente y su familia, la confianza suficiente para enriquecer la atención en beneficio del respeto por la dignidad humana (Arrollo de Cordero, 2000), lo cual presenta convergencias con el profundo significado que tiene la enfermería para las enfermeras expertas de este estudio. En tal sentido, para ellas la enfermería no es un trabajo más,

sino que contempla por una parte, sentimientos de querer y disfrutar ejerciendo los cuidados, lo cual brinda plenitud y es reconocido solo por algunas de nuestras formadoras como una vocación heredada. Por otra parte, la enfermería significa una responsabilidad con otros, un compromiso social con la dignidad de las personas. En tal sentido, las acciones cuidativas de nuestras formadoras expertas contemplan necesariamente desempeños con sentido profundo, que van más allá del ejercicio de acciones impuestas o estandarizadas. Antes al contrario, incluyen esfuerzos personales por vincularse con el otro de manera profesional, por relacionarse con personas, con todo el sentido humanista que esto significa, reconociendo al otro en su fragilidad, sus necesidades y su dolor, pero a su vez incorporándolo activamente en el ejercicio del cuidado. No se ejerce por tanto un cuidado paternalista, sino un cuidado sensible, profundo y contextualizado, que tiene en consideración al otro, buscando relaciones más bien horizontales que generan confianza y tranquilidad al individuo y a su familia. Este sentido de la enfermería en parte puede ser transmitido a los estudiantes, sin embargo, nuestras docentes reconocen que los factores y disposiciones individuales de cada estudiante influyen de manera significativa en la forma en que posteriormente se desempeñarán como profesionales.

### **9.3.2 El efecto espejo de las experiencias significativas en el ejercicio de los cuidados**

Varias fueron las ocasiones del proceso investigativo donde las profesoras expertas se referían a experiencias personales que habían marcado sus vidas, provocando un antes y un después en la manera de visualizar los cuidados de enfermería:

*“La enfermedad y muerte de mi padre fue un golpe muy duro y un revulsivo para dejar aquella etapa [refiriéndose a un período donde su desempeño profesional estaba más bien centrado en las técnicas y procedimientos]. No estaba de acuerdo en cómo se llevaban los pacientes en la unidad de paliativos (me tocaba personalmente y hasta entonces no había sentido o querido abrir los ojos)” (P1. DP 1:15).*

Estas experiencias significativas provocan en la profesional una reflexión a partir de la cual ellas proyectan el ejercicio de sus propios cuidados en experiencias

personales o familiares. En tal sentido, la profesional imagina que la situación que enfrenta es similar a la propia, retrata en los rostros de sus pacientes a sus propios seres queridos, lo cual se convertía en una oportunidad de darle un nuevo sentido a los cuidados:

*“Él murió de cáncer y en aquel entonces yo estaba en cirugía mayor y había una parte con 6 camas de enfermos terminales y curas paliativas. Nosotras ni sabíamos tratar muchas veces al paciente que iba a morir ni a su familia... Cuando tú comienzas una cosa necesitas más reforzamiento, pero en aquel momento no te planteas que necesitas información, necesitas que te cuiden... muchos problemas me los llevaba a casa. La enfermedad de mi padre fue lo que me trastocó absolutamente, yo pensé “a mi padre no querría que lo cuidaran como yo estoy cuidando” (P1.E4:2).*

Existe una motivación por la experiencia heredada que el buen formador proyecta en su propia acción profesional e inspira para un desempeño de calidad en el trabajo cotidiano de enfermería:

*“S: Cuando te refieres a tu familia en el diario, comentas que ver trabajar a tu madre con gente mayor “me inspira en mi práctica diaria”. ¿Qué es lo especial que ves en ella?  
P2: La pasión por lo que hace, el disfrutar... a ella le encantaba, yo la oía en casa y me hacía gracia, hasta que un día la fui a ver trabajar... y me quedé maravillada, los señores de la residencia la adoraban... y cuando les tenía que decir que no, les decía que no... es que no es que los tuviera mimados. Se preocupada de informarse, y yo veía en ella ser muy responsable en su trabajo, la puntualidad, el implicarse con todo lo que hacía, el quererse formar para hacerlo bien, el tener en cuenta a los pacientes... ella pensaba que “cualquiera de estas personas a las que atiendo, de aquí a unos años podría ser yo, así es que intento hacer las cosas como me gustaría que me las hicieran a mí”, yo me planteo eso”(P2.E 5:36).*

El ejercicio de los cuidados tiene un efecto espejo en las buenas formadoras, en el sentido de proyectar en sus pacientes la presencia de personas altamente significativas para ellas, con lo cual existe un deber mayor de formarse, de estar bien preparadas e implicarse para brindar cuidados de enfermería:

*“Cuando trabajo digo, bueno, cualquiera de las personas que tengo delante podría ser mi madre o mi padre o mi abuelo, así es que voy a intentar tratarles como a mí me gustaría que me trataran o que los trataran a ellos, y eso me lo enseñó ella. Siempre me ha dicho que la*

*ignorancia es muy atrevida, cuanto más cosas sabes más te has de formar... a veces los que más parecen que saben son los que menos, y sobre todo implicarte en lo que haces" (E.P2. 5:43).*

En definitiva, el desempeño profesional de nuestras buenas formadoras ha sido influenciado de manera importante por experiencias pasadas con personas altamente significativas que han provocado en ellas una nueva manera de visualizar la enfermería, de ejercer los cuidados y de tratar a sus pacientes. La práctica de los cuidados a su vez, induce en ellas un efecto espejo, en donde las profesionales proyectan o imaginan en sus pacientes a personas que para ellas son significativas, lo cual le da un sentido más profundo a su trabajo y una necesidad de estar suficientemente preparadas e implicadas para brindar cuidados con un alto nivel de calidad.

### **9.3.3 La necesaria distancia cuidativa**

Nuestras mejores formadoras reconocen lo complejo de trabajar con el sufrimiento de las personas, buscando un permanente equilibrio entre la implicación personal y la necesaria distancia que logra no afectar la vida del profesional y el cumplimiento del rol como enfermera:

*"[P3 refiriéndose a los aspectos más difíciles de la profesión] lo que es trabajar con el sufrimiento, sobre todo con las familias... Conseguir vivirlo profesionalmente y personalmente de una manera que no te condicione tu vida personal... para mí esto es lo más difícil, porque ahí te dicen, ¿entonces qué, tienes que pasar de todo? No, encontrar el equilibrio, no pasarte... vivirlo como persona, y a la vez que no te afecte como persona" (E.P3. 6:30).*

Aún cuando nuestras docentes presentan una especial sensibilidad por las necesidades de las personas con un enfoque humanista, reconocen el riesgo de sobrepasar los límites de una relación cuidativa, manifestada como relación terapéutica, la cual dificulta la adecuada atención del paciente en términos de brindar los cuidados profesionales que requiere:

*"Había una persona encamada que se le hacían visitas y tenía una compañera que le llevaba cada día la comida a esa paciente. Ella en su*

*casa la preparaba y se la llevaba... yo creo que como persona la enaltece, es una bellísima persona esta mujer, pero como enfermera no debes hacerlo, porque la distancia terapéutica se pierde y mientras haces esto, dificultas el trabajo que debes hacer luego porque se ha roto la relación terapéutica" (E. P2. 5:12).*

La pérdida de la relación terapéutica también les ocurre a los estudiantes de nuestras formadoras en el proceso de aprender a distinguir la relación profesional de la relación personal con sus pacientes. En tal contexto, las formadoras visualizan como substancial que las estudiantes aprendan a establecer límites y a reconocer el rol que les compete como profesionales para cubrir las necesidades del paciente:

*"S: Recuerdo de una chica que te comentaba que había estado con un paciente oncológico, que se había implicado mucho, que había llegado a ser amiga de él...*

*P3: Ah sí... como Santa Teresa de Calcuta... Aquí se corre el riesgo de confundir los sentimientos y esto es muy importante... definir la relación profesional de la relación personal, y esto cuesta... saber hasta dónde tienes que llegar. Este trabajo lo tienes que hacer porque si no, haces lo que tú quieres, no lo que el enfermo necesita. Yo lo que veía en esta chica por ejemplo, es que me decía "Es que este señor tenía ganas de hablar" y ella se convertía en una contertuliana, pero este señor en una enfermera no puede buscar esto, porque lo confundes, estás dando una cosa que no es que no la necesite conscientemente, sino que no toca que se la des... si él necesita que lo escuchen y tal... se tendrá que buscar otra persona, la enfermera no tiene que darle esto, lo que tiene que hacer es detectarlo y canalizarlo, pero no convertirme yo en algo que necesite el paciente porque además a mí me gusta" (E. P3.6:9).*

Por otra parte, romper la distancia cuidativa puede significar generar en el paciente expectativas inadecuadas respecto al rol del profesional de enfermería y de los otros miembros del equipo de salud, con lo cual es altamente relevante aclarar cuando estas situaciones ocurren:

*"...en algún momento dado todos hemos hecho una cosa de éstas [romper la distancia cuidativa], pero dejándolo muy claro con el paciente. Por ejemplo, alguna vez he tenido un paciente oncológico ingresado y si puedo los voy a ver, a ellos les encanta y a mí también, pero les dejo muy claro que si los voy a ver es porque yo quiero. A veces me dicen "¿La doctora no viene?" "No, la doctora no tiene que venir, lo*

*extraordinario es que yo haya venido, no que ella no venga. Lo hago encantada por el aprecio que les tengo, pero si tuviera otra enfermera tampoco hubiera venido, no es una tarea de enfermería" y así la gente lo entiende perfecto" (E. P2.5:12).*

Los profesionales de enfermería aprenden de experiencias donde se ha quebrado la distancia cuidativa y esto no sólo ha alterado el pertinente cumplimiento del rol profesional y los cuidados al paciente, sino también ha marcado negativamente la vida personal de la enfermera:

*"Yo tuve un paciente de neuro que me marcó en negativo, cumplí un rol de madre con el Edu, que sí tenía madre... él es un chico que nos vino con 17 años, un aneurisma cerebral que lo único que hacía era hablarte con los ojos y llorar, era una tetraparesia espástica y faltaban 3 meses para hacer los 18 años. Ver al Edu era ver a un ángel rubio cuando estaba riendo que era la mayor parte del día, aunque había veces que lloraba y claro no hablaba y su desesperación era total... hizo todas las complicaciones habidas y por haber y las viví yo con él... Hacía crisis de sudoración, se ponía a llorar y conseguía lo que quería. Yo no entiendo cómo me pasó esto, me marcó en negativo por el hecho de que cambié el rol de enfermera y en momentos me comportaba como su madre. Él tenía a su madre y la hacía bailar como quería, a su padre no. Eso me enseñó a no implicarme tanto con los pacientes, a poner barreras, aunque siempre lo hacía, pero con Edu me pasó aunque llevaba años de enfermera... Lo otro negativo fue que en mi casa yo no podía llevar problemas de trabajo y Edu estuvo un año y medio... había días que yo soñaba con Edu, en casa lo recordaba todo" (E. P1. 4:37).*

La distancia cuidativa, según nuestras formadoras expertas, constituye un elemento fundamental en el ejercicio de los cuidados y el adecuado desempeño del rol profesional como respuesta a las necesidades de las personas, lo cual también es enseñado a los estudiantes cuando son ellos mismos quienes establecen relaciones con sus pacientes sin límites claros, gatillado por condiciones del paciente o la estudiante que arriesgan a romper la distancia cuidativa:

*"La estudiante le contesta que le afecta cuando los pacientes "se van" [mueren]... P3 manifiesta que estas experiencias son procesos que todos debemos vivir y que nos hace tomar conciencia de lo rápido que pasa la vida. La alumna le habla sobre lo difícil que es mantener la distancia*

*con los pacientes, comentando una experiencia con un paciente que actualmente tiene y que es de su edad y le habla como a un amigo. P3 refuerza sobre el rol de la enfermera, la importancia de escuchar y ser cercana, pero sin perder la visión profesional sobre el paciente para apoyarlo en lo que éste necesite" (Obs. P2. 42:2).*

Los antecedentes recolectados respecto a la pérdida de la relación terapéutica que plantean nuestras formadoras es explicado en la tesis doctoral de Miguel Ángel Cánovas (2008), quien hace referencia a una de las principales dificultades para establecer una relación terapéutica enfermera - paciente, la cual denomina "*quedarse en el interior del pozo*" (Cánovas, 2008, 227). En tal contexto, es necesario que el profesional de enfermería "*baje hasta el pozo*" del paciente para comprender su mundo interno y poder ejercer los cuidados necesarios para esa persona en dicho momento y contexto. No obstante, quedarse en ese pozo implica una incapacidad del profesional de distanciarse de dicha situación, haciendo propio el sufrimiento de su paciente,, generando ansiedad y preocupación que dificultan su actuar profesional.

#### **9.3.4 La escasa valoración social de enfermería**

Los resultados de la tesis doctoral de Miró Bonet (2008), evidencian que hasta mediados de los setenta las propias enfermeras eran quienes manifestaban sentimientos de inferioridad como profesionales, lo cual se relacionaría con el género femenino y la diferencia en la perspectiva de su trabajo. Esto hace que la sociedad, los médicos y ellas mismas le brindaran un valor menor a su trabajo, comparativamente con el realizado por enfermeros varones o médicos (Op. Cit). Coincidentemente con estos planteamientos, las mejores formadoras participantes del presente estudio plantean que la enfermería es considerada como una profesión poco valorada por la sociedad a causa del actuar de las propias profesionales para enfrentar los conflictos, lo cual provoca a su vez una baja valoración interna del colectivo:

*"Como colectivo somos una profesión muy poco valorada a nivel social, y esto hace que también nosotras nos valoremos muy poco, no sabemos afrontar los problemas que tenemos" (E. P3. 6:49).*

Algunos problemas fundamentales de la profesión de enfermería se relacionan con la falta de convicción o autoridad para ejercer la autonomía profesional en aspectos que tienen que ver con responsabilidades propias de la enfermera, dejando en ocasiones en manos de otros profesionales la toma de decisiones:

*“Yo veo que aún no tenemos claro que hay cosas de la profesión que solo dependen de nosotras y que solo nosotras tenemos que defender y trabajar... el cuidado de la muerte, por poner un ejemplo. Yo tengo que cuidar a mi paciente en su muerte, y ahí no tiene que hacer nadie nada, soy yo... y esto tengo que tenerlo claro para hacerlo. Esto normalmente lo asumes como parte de tu trabajo cuando sientes esta autoridad y sé que nadie me puede decir cómo hacerlo. Por ejemplo, si yo creo que un paciente tiene que morir en brazos de alguien, a mí esto no me lo puede discutir nadie, ni el médico, ni la directora de nada, porque esto es mi responsabilidad... y esta autoridad que me da el hecho de pensar que esto es mi trabajo y mi razón es lo que nos tendría que dar fuerzas para conseguirlo, pero el problema está a nivel de enfermería en general. A mí una vez una enfermera de otra unidad me dijo “aquí los niños se nos mueren como perros y esto pienso que no lo podemos consentir”, y yo le dije “¿Y qué estáis haciendo para esto?” “No podemos hacer nada” “¿Pero quién lo va a hacer si este es tu trabajo?, ¡Y si no lo haces tú nadie lo va a hacer!”... Este es uno de los problemas que veo en nuestra profesión: la gente no es consciente de su propio trabajo y de la autoridad que esto te da” (E.P3. 6:14).*

La principal dificultad de la imagen social de la enfermería es que se percibe “como humanidad sin ciencia, mientras que el médico es visto como ciencia sin humanidad, la enfermería debería aspirar a ser percibida como humanidad con ciencia, antes que como ciencia con humanidad” (Hernández, 2010, 22). La enfermería no puede competir con el médico en términos de independencia y reconocimiento social, sino cuestionarse la manera de crecer profesionalmente en torno a una evolución que beneficie a los pacientes y al sistema sanitario, sin alejarse de los cuidados como eje profesional (Op. Cit).

Desde la perspectiva de nuestras formadoras, una de las causas posibles de esta falta de reconocimiento viene heredada del ejercicio de las ATS<sup>38</sup>, quienes tenían

---

<sup>38</sup> ATS corresponde al Asistente Técnico Sanitario, titulación española que a partir de 1953, unifica los estudios de practicante, matrona y enfermera que existían hasta ese momento y tenían dependencia



dependencia del médico y no poseían los fundamentos para tomar decisiones propias respecto al cuidado del paciente. Más aún, la formación teórica inicial estaba a cargo de médicos fundamentalmente, quienes brindaban una visión sobre el cuidado al servicio de su propia labor médica; quedando limitada la participación de las enfermeras a los aspectos prácticos de la formación (Medina, 1999). Posteriormente las ATS se formaron como enfermeras profesionales, pero muchas de ellas siguieron manteniendo la convicción y el estatus de subordinación médica. En tal contexto, las profesoras expertas esperan que las nuevas generaciones de estudiantes puedan revertir esta situación, logrando cambios en la profesión a nivel académico y social, y abriendo espacio a la autonomía profesional que aún genera resistencia por las culturas institucionales existentes, particularmente en lo que se refiere a la vertical relación médico-enfermera. Este tipo de relaciones se perpetúan en la medida que se mantengan en ejercicio enfermeras -antiguas ATS- que no han cambiado su manera de ver la enfermería profesional y la autónoma responsabilidad que su ejercicio conlleva:

*“S: Planteas que tienes la ilusión que sean las enfermeras jóvenes quienes puedan cambiar muchas cosas en la profesión, la cual se está transformando a nivel académico y a nivel social... ¿Qué cosas son las que crees se deben cambiar?”*

*P3: Una de las cosas es la autonomía, porque muchas enfermeras de las que trabajan son aún ATS y tienen una formación técnica, dependientes del médico y esto hace mucho daño. No creen en su autonomía profesional, ni se lo plantean. Ahí fue a parar una alumna mía que yo había formado, y una vez un médico le dijo “Saca a este paciente al pasillo, que tengo que instalarle un catéter a otro porque luego me tengo que ir a mi consulta” y ella le dijo “Yo considero que un niño que está en una UCI no debe estar en un pasillo, por tanto no te lo voy a sacar”. Y él le dijo “No te preocupes, una de las otras me lo va a sacar”. Se lo dijo a una de las viejas -de estas antiguas- y la otra inmediatamente se lo sacó. Esta chica que me lo vino a contar a mí, me dice “Yo lo tenía muy claro” y yo le digo “Has hecho muy bien”, se sentía orgullosa y yo le reforcé... Pero al cabo de poco me dijo “Nunca más, voy a pasar de todo, voy a hacer lo que hacen todas porque además tengo una simple suplencia, al final tendré problemas con la gente y tampoco me interesa”. Este es el problema, esto es porque es una... cuando haya más*

---

directa del médico. Las ATS tenían una formación fundamentalmente técnica y hospitalaria, y eran formadas como auxiliares para colaborar con la atención médica. No fue hasta 1977 que las ATS se integraron a la universidad, transformándose en Escuelas Universitarias de Enfermería (Miró Bonet, 2008).

*renovación, que tengamos otro nivel... por eso siempre les digo a las alumnas que confío en que ellas lo cambiarán" (E. P3. 6:43).*

El párrafo anterior refleja además el vínculo de confianza y el refugio que mantiene la profesional ya titulada en su formadora experta cuando realiza acciones que defienden la autonomía profesional, y la valoración positiva que proviene de la formadora experta frente a tal situación. Aún así, la resistencia institucional a la autonomía de los profesionales de enfermería es tan abrumadora, que impide generar cambios en el colectivo de enfermería que sean perpetuados en el tiempo e instalados institucionalmente.

Ahora bien, es interesante cuestionarse frente a los planteamientos antes señalados, y teniendo en consideración las evidencias recogidas en este estudio, si realmente la presencia de enfermeras ATS son las que resisten al cambio cultural hacia una enfermería más autónoma en sus decisiones y desempeños. Lo anterior, tiene su sustento en el planteamiento que realiza una de nuestras formadoras expertas, quien aún cuando fue inicialmente ATS, ha sido capaz de reconocer que la enfermería tiene un campo de saber que le es propio y que se vincula directamente con la visión más humanista de la profesión. Esta perspectiva implica conocer los fundamentos de las acciones profesionales, tomar decisiones de manera autónoma y asumir la responsabilidad que esta autonomía le significa como profesional:

*"La enfermera tiene su propia vida propia, y puede tomar decisiones... ahí comienzo a introducirme a la parte más humanista, que antes [cuando era ATS] la tenía pero porque iba conmigo, aunque quedaba escondido, yo lo hacía como la P1 [menciona su nombre], no como enfermera. Entonces te das cuenta que aunque es importante hacer bien una cura y que el paciente no se queje, puedes tomar decisiones propias. Doy razones de por qué hago las cosas y yo soy la responsable" (E.P1. 4:36).*

La enfermera que ha sido ATS y llega a ser formadora experta, posee características personales que logra hacer visibles cuando se hace consciente de la responsabilidad y autonomía que le significa ejercer como enfermera profesional. Aún así, la existencia de una mayoría de enfermeras -antiguas ATS- que perpetúan las relaciones verticales con los médicos y el ejercicio profesional con escasa o nula autonomía, dificultan un cambio cultural con las nuevas generaciones de enfermeras

profesionales respecto a la toma de decisiones autónoma y a la concepción de cuidados que supere la mera realización de técnicas y procedimientos.

### 9.3.5 Los desafíos profesionales como tarea pendiente de formadoras y estudiantes

Existen dimensiones claramente evidenciadas que aún no están del todo resueltas por los profesionales de enfermería y que se relacionan fundamentalmente, tal como se abordó en el apartado anterior, con la capacidad de ser autónomos como profesionales; tener las habilidades y actitudes para enfrentar situaciones con otros profesionales respecto a los cuidados de las personas, donde éstos por diversos motivos impiden que las decisiones sean tomadas por el profesional de enfermería:

*“En la unidad donde te hablaba antes [Neonatología] había una niña lactante que estaba en un respirador en una situación límite saturando 60<sup>39</sup>, no había más... tenía que morir. Entonces la madre pidió cogerla en brazos y el médico no la autorizó... ¿¡¡Qué pinta el médico aquí?! Entonces yo fui por casualidad y la enfermera me dice:*

- *“Es que esta niña está así, la madre la quiere coger y el médico no la deja coger”*
- [P2] *“¿Pero no se va a morir?”*
- [Enfermera] *“Sí”*
- [P2] *“¿Y entonces de qué tiene miedo el médico? ¿Quién está?”- Entonces hablé con el médico que estaba a cargo y le digo “¿Por qué no autorizas a la madre?”*
- [Médico] *“Es que tiene el potasio no sé qué”*
- [P2] *“Yo supongo que sabes que los niños son algo más que un potasio y en este momento hay unos sentimientos tanto de la madre como de su hija que hay que cuidarlos”*
- [Médico] *“Bueno es que si la coge me pegarán bronca”*

---

<sup>39</sup> La saturación es un indicador del grado en que el oxígeno se une a la hemoglobina (proteína transportadora de oxígeno), expresado en %. La saturación normal es cercana al 100%. Una persona con saturación de 60% evidencia un deterioro mayor en la oxigenación, y por tanto, un alto riesgo de muerte.

- [P2] “¿Quién te pegará bronca?”
- [Médico]“El jefe de no sé qué”
- [P2] “¿Y quién es el médico responsable en este minuto?”
- [Médico]“Yo”
- [P2]“Pues asume tú la responsabilidad, qué problema hay en que la madre lo coja, ¿crees que hay algún problema”
- [Médico] “No”
- [P2] “¡Pues entonces la tiene que coger!” “¡¡Que la coja!!”.

*Al día siguiente volví y estaba esta misma doctora y me dice “¿Sabes que cuando cogió la mamá a la niña le subió la saturación a 90?” Y le dije: “Pues esto que no se te olvide nunca... cosa que no se ha conseguido a nivel médico, lo ha conseguido la madre... y que sepas que las personas somos así”. A los dos días se murió la niña, pero bueno esto no sirvió para nada, ni para los médicos ni las enfermeras, porque no se creen esto, no se defienden, no se lucha...el problema es que a una persona le cuesta mucho cambiar actitudes, tiene que haber un grupo, tiene que haber un líder” (E.P3. 6:13).*

La experiencia antes descrita revela también que aún cuando nuestras formadoras expertas realizan esfuerzos por defender la autonomía profesional y por cambiar la visión que se tiene sobre los aspectos realmente importantes en la atención de los pacientes, su percepción es que dichos esfuerzos tienen pocos o nulos efectos, por no tener como colectivo claridad en sus convicciones respecto al cuidado. Se perpetúan en el tiempo de tal manera las actitudes pasivas, sin la existencia de un colectivo o de líderes profesionales que promuevan cambios profundos a nivel profesional.

Esta pasividad es producto del cansancio y desilusión que rápidamente se apodera de las profesionales en su ejercicio profesional, por la escasa valoración, las precarias condiciones de contrato y las resistencias a nivel profesional para solucionar problemas que se perpetúan en el tiempo:

*“El problema de esta profesión es que hay gente muy quemada, hay gente de mi edad que está muy cansada y luego la gente joven en 2 o 3 años se quema...yo no estoy quemada, pero cansada sí, quizás desde hace unos 5 años, después de ejercer la profesión, empiezas a notar un cierto cansancio de luchar con cosas que no se resuelven, es que hoy yo veo que hay enfermeras que llevan 5 o 6 años y ya están quemadas, primero por el nivel de contratos que tienen, son muy precarios y luego porque se han encontrado con muchas resistencias a nivel profesional y rápidamente se cansan, como le hacen sentir que tú eres el último mono que llegas y no tiene valor ni fuerza, al final te lo crees y claudicas, esto*

*es lo peor porque te encuentras que hay una parte cansada y la otra que está empezando mal... en general estamos muy apagados" (E. P3.6:26).*

Las dificultades antes mencionadas podrían mejorar mediante una exigencia colectiva hacia los formadores y hacia los futuros profesionales, cuya responsabilidad es transmitida a los estudiantes por parte de las mejores formadoras:

*"Creo que como colectivo tendremos el respeto que nos ganemos. Creo que mucha de la culpa de que no se valore nuestro trabajo y nuestra profesión es de las mismas enfermeras. Intento transmitir esta responsabilidad colectiva a los estudiantes. Para ser un colectivo potente, debemos ser exigentes con los alumnos y también con los formadores" (DP. P2. 2:43).*

Nuestras buenas formadoras valoran la docencia como una oportunidad de aportar a la profesión de enfermería y mejorar la calidad del ejercicio profesional, en el sentido de potenciar en las enfermeras jóvenes la posibilidad de fortalecer las transformaciones profesionales y sociales de la enfermería:

*"Me llegó la oportunidad de dedicarme parcialmente a la docencia, de nuevo vi delante mío un proyecto que me ilusionaba, sentía que tenía tantas cosas por transmitir, por enseñar, por aportar a esta profesión que tanto valoro y estimo. Tendría ganas de poder decir que sí, que se pueden hacer las cosas bien, que vale la pena y que hay que cambiar muchas cosas, muchas actitudes y son las enfermeras jóvenes con ganas e ilusión, como yo tenía, las que pueden y deben hacerlo ahora, cuando además nuestra profesión también se está transformando a nivel académico y a nivel social" (DP. P3. 3:14).*

Por su parte, las formadoras expertas consideran como un deber ser coherentes entre su discurso y actuar con los estudiantes, transmitiéndoles seguridad en torno a aquellos aspectos vinculados al cuidado que son importantes de defender y proteger ante las resistencias institucionales y sociales. Una manera significativa de hacerlo es enseñando a los estudiantes a desarrollar sus capacidades de cuidar, velando en primer lugar de ellos y sus necesidades:

*“Creo que [la buena formadora] tiene que ser capaz de ser creíble en lo que predica o enseña, debe transmitir la seguridad que como profesionales necesitamos para defender a nuestro paciente y a nuestra profesión. Porque por mucho que nos pese, es una constante lucha contra elementos y contra personas que nos rodean y no siempre ayudan. Y sobre todo debe saber transmitir a los alumnos su capacidad de cuidar, cuidando de ellos en sus necesidades” (E.P3. 3:24).*

Las formadoras poseen claridad respecto a la falta de reconocimiento social de la enfermería y a la insuficiente autonomía que en general ejercen los profesionales para la toma de decisiones frente a situaciones complejas. En este contexto, reconocen como responsables de dicha situación tanto a elementos históricos vinculados a la profesionalización de la enfermería, así como también a responsabilidades colectivas. En este último aspecto, los profesionales de enfermería no tenemos aún suficiente claridad respecto a cuáles son verdaderamente los ámbitos de acción autónoma a nivel profesional. Sin esta claridad es imposible asumir dichas responsabilidades, quedándonos de tal manera en una postura cómoda, en donde las decisiones las toman otros profesionales y no se hace necesario entonces ser más exigentes con colegas, profesores y estudiantes. Existe un discurso que nuestras buenas formadoras transmiten a sus estudiantes, en términos de hacerles ver esta necesidad de cambio para el reconocimiento social y la mejora de los cuidados, potenciando la autonomía y la relevancia del trabajo en equipo desde la valoración colectiva, y no desde la relación vertical médico enfermera.

Se visualiza como indispensable la coherencia y credibilidad que deben evidenciar las formadoras ante sus estudiantes para modelar en ellos sus propias capacidades para cuidar, lo cual significa que el estudiante aprende a cuidar cuando se siente cuidado en sus necesidades.

### **9.3.6 El significado de ser formadora**

Ser enfermera implica necesariamente asumir la responsabilidad de ser formadora, es un deber profesional educar a las personas, familias y estudiantes:

*“Reconozco que es una responsabilidad llevar a las alumnas, pero hemos de saber, ser responsables y mentalizarnos que como enfermeras tenemos una función docente obligatoria (tanto con el paciente, con su familia y entorno, como con las nuevas generaciones de futuras enfermeras)” (DP. P1.1:17).*

Ser profesionales de enfermería asumiendo el rol docente, representa un amplio abanico de responsabilidades, no solo en relación a las influencias que se ejercen a nivel personal y académico en la vida de los estudiantes, sino también en relación al compromiso con la sociedad de preparar profesionales capacitados para ejercer la enfermería:

*“Como formadora intento regirme por estos mismos principios con el alumno, al que veo como una responsabilidad inmensa, no sólo desde el punto legal, también por el papel que juego en la vida de esa persona, privada y profesionalmente, y también desde otra visión: el alumno que tengo hoy delante será un colega en unos años probablemente, y como colectivo no debemos “conformarnos”; las prácticas no han de ser un trámite a pasar de cualquier manera. Como enfermera tengo que enseñarle la profesión y exigirle la excelencia. También siento que tengo una responsabilidad con “la sociedad”, que requiere profesionales preparados y con todo el resto del colectivo de enfermeros, que merecen unos compañeros con unos mínimos [niveles de competencia profesional]” (DP. P2. 2:3).*

La responsabilidad de formar futuros profesionales involucra también hacer ver a los estudiantes por una parte, que en el proceso formativo debe existir una implicación mutua; y por otra, la importancia y la responsabilidad que significa ser profesionales de enfermería. Nuestras formadoras potencian en los estudiantes procesos reflexivos en torno a sus principales aprendizajes, explicitando cómo se han sentido durante sus experiencias formativas con el objeto de hacer una transferencia como futuros formadores de nuevas generaciones de profesionales de enfermería:

*“Creo también en formadores de pre-grado con un nivel alto de exigencia: creo que los chicos han de sentir que lo que hacen es importante, que nos preocupa su formación y por tanto que se espera de ellos que se impliquen también... Un formador debe hacer reflexionar al alumno, empezando por la responsabilidad y lo que conlleva, y*

*acabando por apuntarles qué les ha servido a ellos como alumnos, cómo se han sentido y que intenten aplicarlo cuando ellos sean monitores en un futuro" (DP. P2. 2:9).*

La formación de estudiantes de enfermería en ocasiones lleva a nuestras formadoras a enfrentar situaciones en las cuales los estudiantes no responden como ellas esperan en su desempeño clínico. En tales escenarios, comprendiendo que fundamentalmente los aspectos actitudinales requieren procesos largos y complejos para ser mejorados, la formadora genera instancias de diálogo donde promueve en el estudiante el efecto espejo que se ha descrito anteriormente, buscando que empatice con el paciente:

*"Cuando veo que es muy acusada la cosa [Actitud distante del estudiante con su paciente]... hablar, nada más. Lo único que puedo hacer es decirle "¿A ti te agradaría que te lo hicieran así? Nada más, porque creo que una actitud que viene de la vida, no se cambia en dos meses ni en un año. A lo mejor no le quedará más remedio y cambiará el tiempo que esté conmigo porque sabe que le puede repercutir pero después probablemente no va a seguir. La anterior alumna era una persona que entraba a la habitación y no hablaba, era correcta, saludaba, pero era distante y se quedaba allí. Esto lo aguanté una semana y se lo dije, a los 15 días en la primera evaluación, dejo escrito que estaba cambiando... evidentemente para la evaluación final lo había cambiado, pero eso no significa que lo haya cambiado para siempre... Yo intento que lo hagan pero me quedan mis dudas. La actitud es un aprendizaje que haces a lo largo de la vida, entonces cambiarlo en un tiempo corto... quizás si no se había dado cuenta y yo le logré encender una luz, puede que lo consiga" (E. P1. 4:26).*

El concepto de "encender la luz" a los estudiantes podría implicar abrir una posibilidad frente a los ojos del estudiante que previamente él no contemplaba como posible, sacar un velo para descubrir una nueva manera de ser, de relacionarse con sus pacientes, de establecer vínculo, de cuidar de manera humanizada. Este "encender la luz" es una puerta que queda abierta para que sea el propio estudiante quien pueda esforzarse para cambiar actitudes que mejoren su desempeño profesional, y que vayan más allá del espacio y lugar donde es observado y evaluado por sus formadores.

La buena formadora cuestiona su propio actuar cuando no logra "llegar al estudiante", cuando no logra establecer un vínculo con él que le permita al alumno tomar conciencia de su actuar inadecuado frente al paciente. En tal situación, nuestras



formadoras se esfuerzan por implicarse más con el estudiante, buscando la manera de indagar más en sus particularidades para ejercer un cuidado en el alumno de manera más contextualizada. Nuestras formadoras perciben similitudes en los cuestionamientos que se realizan con el nivel de implicación para cuidar tanto a pacientes, como a estudiantes:

*“Cuando veo que no estoy llegando [al estudiante, para que éste mejore sus actitudes frente al paciente], lo que primero me planteo es que quizás no le estoy dando lo que necesita, porque no todos somos iguales, entonces intento darme más, cuidarla más, pero me he dado cuenta que a veces cuando te pones en una situación más maternal esta gente te lo recibe mal en general y me hacen daño. Supongo que entonces es una manera de protegerme decir que lo intento hasta cierto punto, cuando veo que no se logra ya no me meto más. Supongo que son personas que vienen o rebotadas de otras carreras o lo que sea y no quieren hacer las cosas bien, entonces todo lo que sea ayudarles aún lo desprecian. No me gusta y me quedo mal en el sentido que siempre creo que pude haber hecho más, pero digo hasta qué punto yo tengo derecho a meterme... esto es algo que también nos pasa mucho en el cuidar... cuando cuidamos nos creemos en el derecho de saberlo todo de la persona, y a lo mejor en eso nos estamos equivocando” (E.P3.6:42).*

El sobrepasar la implicación con el estudiante, asumiendo una actitud maternal con ellos, posee similitudes con el quiebre de la relación terapéutica con los pacientes, lo cual afecta emocionalmente al profesional y provoca pérdida del cumplimiento de un adecuado rol profesional, en este caso, el de formador. Además del cuestionamiento que realizan en tales situaciones nuestras tutoras respecto a su actuar formativo, dado el esfuerzo e implicación que les significa, la ausencia de resultados esperados con el estudiante genera en ellas una fuerte sensación de frustración:

*“Cómo docente, me frustró mucho, porque yo me implico mucho con los alumnos porque me gusta, es una cosa diferente a lo cotidiano que hago, pero me hace mucha ilusión... me frustró mucho, porque haces un esfuerzo no para que te den un golpecito en la espalda, sino porque esperas que la otra persona también se implique en lo que hace. El ver que yo me estaba esforzando y que a ella le significaba un coñazo (...) a mí me frustró, porque dije “o no les sé transmitir el entusiasmo y la pasión por lo que hago o es que no me explico bien, e igual me creo que hago una práctica de excelencia”(…). Cuando hablaba con ella y todas estas cosas se las explicaba, porque primero creo que es mi obligación,*

*pero luego creo que era básico... decirle ¿Te parece normal esto?" (E. P2. 5:54).*

Si relacionamos las concepciones que tienen nuestras formadoras expertas respecto a la enfermería, con los significados que le otorgan a su rol formador, es interesante reconocer diversos elementos en común que constituyen una manera de comprender que es coherente con su manera de actuar como enfermeras y formadoras. Al respecto, algunos elementos que destacan especialmente se relacionan, por una parte, con la concepción de la enfermería como una responsabilidad enorme frente a la vida de las personas. A su vez, reconocen la responsabilidad que significa formar a otros, en términos de los efectos que esto implica para la vida de los estudiantes. Hay una responsabilidad compartida con el individuo cuidado/formado, y los impactos de su acción cuidativa/formativa en su salud/formación, así como también una responsabilidad con el entorno familiar del paciente y del estudiante, y más ampliamente un compromiso social con la dignidad de las personas. Se mencionan aspectos importantes a considerar en su desempeño como enfermeras y docentes, que incluyen necesidades, dificultades, intereses, motivaciones, preocupaciones, desafíos del paciente y del estudiante. Destaca también el reconocimiento respecto al vínculo establecido entre profesional- paciente y docente-estudiante, el cual no es constructivo cuando es paternalista o unidireccional, ya que se pierde la relación terapéutica necesaria para abordar las necesidades humanas de las personas. Asimismo, la relación con el estudiante es significativa cuando se tiene en cuenta a éste como persona, con sus saberes y contextos, y sobre esa relación se construye un conocimiento práctico personal (Elbaz, 1991). En tal sentido, planteamos que el profesional docente experto es capaz de construir conocimiento práctico cuidativo y conocimiento práctico pedagógico, cuando existe apertura a las condiciones del contexto, haciendo partícipe activo al paciente y al estudiante en dichas construcciones frente a situaciones únicas, contextualizadas y profundamente significativas para los actores que son parte de la acción cuidativa o de la acción formativa.

Así entonces, es coherente plantear que nuestras buenas formadoras de enfermería enseñan a sus estudiantes a cuidar, ejerciendo en primer lugar un cuidado humanizado y de calidad con sus propios estudiantes, con el genuino interés por el bienestar del otro y del desarrollo profesional.

## 9.4 LOS PROCESOS FORMATIVOS PEDAGÓGICOS Y PROFESIONALES

### 9.4.1 La influencia de los referentes formadores en el desempeño de las profesoras expertas

Una familia que apoya, cálida, unida y de presencia significativa en la vida del sujeto, sumado a una formación de valores en torno a la responsabilidad y compromiso por las labores asumidas son algunos de los rasgos que según el trabajo de López de Maturana (2010) están presentes en la biografía de los buenos profesores. Concordante con dichos planteamientos, la formación valórica recibida por las profesoras expertas de enfermería, caracterizada por la exigencia y apoyo de sus padres, se visualiza como especialmente significativa en su desempeño tanto profesional como docente, en términos de tener una actitud constante de mejorar el trabajo realizado, además de ser feliz y querer lo que se hace. Lo anterior otorga un sello en la manera en que la docente lleva a cabo su trabajo, y particularmente en su desempeño con los estudiantes. La experiencia y el aprendizaje familiar, concretamente de sus padres, es reconocido como una “herencia” o “inspiración” para las buenas formadoras de enfermería:

*“Mis padres siempre me han apoyado en todo, pero han sido muy exigentes. Siempre me han dicho que las cosas o se hacen bien o no se hacen. Supongo que esto me ha dado un carácter perfeccionista, para empezar conmigo misma, y muchas veces me han dicho que soy muy autoexigente, que supongo que también se plasma al llevar alumnos... [Mis padres] siempre me han insistido en lo importante que es el cariño en todo lo que hacemos. A mí, igual que ella [mi madre], me encanta la gente mayor, y aunque suene cursi, verla trabajar “me inspira” en mi práctica diaria” (DP. P2. 2:37).*

*“Todo parte de una gran herencia cuidadora que recibí de mi madre. Ella me enseñó a ser feliz cuidando y yo soy feliz cuidando(...) La motivación que yo tengo hacia mi profesión y hacia mis alumnos está muy relacionada con la idea que tengo yo de la vida en general, mi madre siempre me ha transmitido que uno no debe conformarse con lo que es, ni en como es, siempre se puede mejorar (...)Realmente me doy cuenta que todos los valores que yo intento transmitir y que he cultivado en mi profesión son los que me han enseñado mis padres” (DP. P3. 3:8).*

Por otra parte, Benedito (2000) plantea la tendencia a la imitación de modelos docentes que realizan los formadores en sus propios desempeños, en diferentes niveles educativos, especialmente cuando no han existido procesos formales de formación pedagógica o de reflexión e investigación respecto a su práctica docente que les permitan tomar conciencia de su actuar y de las implicancias del mismo. Los profesores tienden a recordar los modelos más extremos, destacando tanto quienes influyeron de manera entusiasta y positiva en su formación, como aquellos profesores que hubiese sido preferible no conocer, para seguir o evitar sus ejemplos respectivamente (Gros y Romañá, 1995); a su vez, los excelentes profesores cuentan con modelos inspiradores en su historia estudiantil (López de Maturana, 2010). De manera similar al escenario antes descrito, las buenas formadoras de enfermería han experimentado vivencias positivas y negativas en su etapa de estudiantes de enfermería que fueron particularmente significativas durante sus prácticas clínicas. Estas experiencias tempranamente les permitieron visualizar referentes profesionales y docentes que orientarían luego su forma de relacionarse con los estudiantes, discriminando claramente acciones virtuosas a imitar, de aquellas que en ningún caso deberían replicarse en su desempeño. Por su parte, los buenos modelos que formaron a las profesoras expertas, incidieron en su percepción y en el descubrimiento respecto al significado de la enfermería y la formación, transmitiendo entusiasmo por su labor y la convicción de que ésta era importante:

*“El primer año de enfermería no me gustó: la teórica sí, pero las prácticas fueron horribles. Me tocó en el servicio de cirugía, con una enfermera pre-jubilación que me usó de mano de obra para mirar tensiones y temperaturas a destajo, que me chillaba por los pasillos, que se pasaba el día de trabajo leyendo revistas del corazón y que trataba a los pacientes con un desprecio terrible. Recuerdo que pensaba que yo no me quería convertir en aquello (...) El segundo año me tocó en trauma, con una enfermera de mediana edad que adoraba su trabajo: ¡Qué diferencia! En todo, con los pacientes, con su trabajo y ¡sorpresa! Conmigo. Me gustó mucho y empecé a descubrir la enfermería. También me impresionó cómo su paso por mi vida académica cambiaba mi percepción de la profesión, la escuela, la docencia” (E. P2. 2:24).*

*“Recuerdo el disfrutar mucho cuando estudiaba los contenidos porque me iba identificando con lo que me hacía feliz. Quizás eso fue porque tuve un buen modelo... muchas escuelas tienen muy pocos alumnos y ésta siempre está a tope, yo creo que es porque hay un muy buen modelo. Casi todas las profesoras que yo tuve, que son muchas de las que aún están en la escuela, son gente que está contenta con lo que hace y eso te lo transmiten... Recuerdo una enfermera chilena, ella me enseñó a mí y recuerdo que me impresionó cuando explicaba... también hay otras... Son personas que transmiten un entusiasmo y un creer en lo que hacen, que es muy importante” (E. P3. 6:47).*

Además, las formadoras expertas buscan perpetuar el compromiso adquirido con sus formadoras, respecto a la valoración en base al esfuerzo y el estilo de relación profesional-estudiante que fue positivo para ellas, replicando dicho compromiso con sus estudiantes para cuando éstos se conviertan en profesionales y participen en la formación de nuevas generaciones:

*“¡Mis prácticas de primaria<sup>40</sup>! Estoy donde estoy por esta rotación. Fueron las prácticas 10, e intento que los alumnos se sientan como me sentí yo: no me regalaron nada, trabajé muchísimo, pero era una más del equipo y aprendí un montón. Me mimaron mucho y el último día me hicieron prometer que cuando yo llevara alumnos intentaría que se sintieran tan bien recibidos como ellos lo hicieron conmigo...y aún sigo intentándolo. El último día de prácticas, siempre les digo a los chicos que algún día ellos serán monitores y les hago la misma reflexión que me hicieron a mí” (E. P2.2:29).*

En consecuencia, las docentes formadoras expertas de enfermería contaron con modelos positivos significativos en su historia personal, dentro de los que se incluyen fundamentalmente sus padres y algunas formadoras clínicas que se constituyen como sus principales referentes a la hora de ejercer su rol docente. Estos referentes les otorgan un marco de referencia para su desempeño como enfermeras y formadoras de futuros

---

<sup>40</sup> Las prácticas de primaria en la formación de profesionales de enfermería se refiere a aquellas prácticas realizadas en los Centros de Atención Primaria (CAP), donde fundamentalmente los estudiantes realizan actividades de prevención y promoción de la salud, visitas a domicilio, además de controles de salud a niños y personas con patologías crónicas como hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, entre otras.

profesionales de enfermería, asociado a valores, significados profesionales y docentes, establecimiento de relaciones tutor-estudiante y ejemplos para la acción formadora.

#### **9.4.2 La preparación de las profesoras expertas para cumplir su rol formador**

Las buenas profesoras de enfermería reconocen la necesidad de formarse profesionalmente, mostrando interés y participando en programas formativos que las actualizaron y prepararon para el desempeño de su rol como enfermeras, lo cual les permitió redescubrir nuevas posibilidades de desarrollo profesional:

*“He hecho varios postgrados en investigación y Máster en Geriátría y en Ciencias de la Salud. Cuando iba terminando uno comenzaba otro, y no tanto por la puntuación, que igual existe, pero hacía cosas que me gustaban y descubría cosas que antes ni me había planteado como por ejemplo la investigación” (E. P1. 4:29).*

*“Luego he intentado estar al día con distintos cursos de enfermería... cursos de pediatría y neonatología, he ido a congresos, he presentado cosas porque me gusta estar al día de todo” (E. P3. 6:3).*

Cuando la labor docente se vinculaba con enseñanza de aula, nuestras formadoras utilizaban como principal fuente de conocimiento su propia experiencia clínica. En caso que la temática a abordar no fuese de su total dominio, las formadoras indagaban en los saberes prácticos de sus colegas con más experiencia en dichos ámbitos, visitando los servicios donde estas colegas ejercían:

*“Lo que hago es actualizarme un poco porque las cosas cambian mucho. Yo estuve por ejemplo en oncología a poco de acabar, estuve dos años, pero las cosas han cambiado, entonces lo que hice fue irme con las enfermeras y ver cómo estaban las cosas... Cuando hablo de neonatos me siento muy segura, explico lo que tengo que explicar, no se me pasa nada, en cualquier momento puedo responder lo que me pregunten, pero cuando explico cosas de la que yo no tengo tanta práctica, entonces lo explico pero siempre tengo la sensación que no explico lo que debería, entonces lo que hago es ir a la unidad, veo cosas, pregunto cosas, intento actualizar cosas” (Obs. C. P3. 9:4).*

La principal fuente de interés entonces para las formadoras expertas, lo constituye la propia experiencia en cada área de desempeño, lo cual reflejaría la relevancia del conocimiento práctico para el formador experto: un conocimiento práctico que es consecuencia de la imbricación entre las experiencias y conocimientos actuales del formador, además de su relación directa con la acción misma en la práctica (Carter, 1990).

El estudio de textos teóricos para la realización de clases también es parte de la preparación de la docente experta, aún cuando no constituye la principal fuente debido a la escasa actualización del conocimiento que aportan:

*“Cada año me pasa que los libros normalmente te suelen aportar muy poca cosa nueva, por ejemplo la laringitis se cuida ahora igual que hace muchos años, pero igual necesito repasar bibliografía para asegurarme que el contenido es efectivamente el que tengo que dar, pero no encuentro mucha cosa nueva. Lo leo para reforzar aspectos que debería decirles y quizás no manejo totalmente”* (Obs. C. P3. 9:5).

Por su parte, Brawn (2002) plantea que los buenos profesores toman decisiones a partir de procesos implícitos y subjetivos de interpretación intuitiva, posterior a lo cual buscan experiencias e información tanto de naturaleza cualitativa como cuantitativa, que les permite ir validando sus acciones. Asimismo, las profesoras expertas de nuestro estudio actúan pedagógicamente de manera intuitiva y buscan vincularse con referentes teóricos relacionados con el ámbito de la formación de profesionales de enfermería:

*“A nivel de docencia... a mí nadie me ha enseñado a enseñar, yo enseño lo que creo... Me comencé a comprar libros sobre aprendizaje, encontré el de tu tutor y me lo estuve leyendo y buscar caminos”* (E. P1. 4:5).

Las formadoras generan procesos de autoaprendizaje, motivados y contruidos conjuntamente con la presencia de los estudiantes, que se basan en la búsqueda de información, además de sentir el deber de estar preparadas para aquello que particularmente se concreta en la práctica asistencial:

*“Empecé a llevar alumnas y comenzamos a aprender juntas. Yo les podía enseñar a tratar al paciente, a hacer técnicas, a estar con él, pero*

*ellas me MOTIVABAN<sup>41</sup> para ir aprendiendo más. Si no sabía una cosa, la tenía que buscar e informarme. Me hacían estar al día dentro de una profesión cambiante continuamente. Fui perdiendo malos hábitos (esto es un logro total del alumnado). Me esforzaba en transmitir lo que sabía y procuraba que fuera de la mejor manera posible” (DP. P1. 1:16).*

Las formadoras expertas buscan la excelencia docente, apoyándose para ello en las valoraciones que los estudiantes emiten de su acción tutorial:

*“Quisiera ser una buena docente, me implicó mucho en todo lo que hago, y por eso también espero que los alumnos se impliquen y respondan. Cuando acaban las prácticas les pido a los chicos qué les ha gustado más y qué menos, para aprender e intentar corregir y mejorar” (DP. P2. 2:33).*

La realización de procesos de formación docente formal, no ocupa espacios relevantes en el desarrollo pedagógico de las tutoras de enfermería en general (Bardallo, 2008), así como tampoco en las formadoras expertas de enfermería participantes del presente estudio. Esta heterogeneidad en la formación docente realizada por los tutores clínicos es, según Wilson-Barnett (1995), insuficiente en relación a sus contenidos y evaluación, formándose la mayoría de los tutores en la acción misma de tutorizar. En tal sentido, si las formadoras expertas realizan un muy buen desempeño como docentes aún cuando tampoco han participado en programas de formación pedagógica, cabe la duda si realmente los programas ofertados son pertinentes y necesarios, o bien, tal como lo reflejan los resultados antes expuestos, son las experiencias de los profesionales las que logran orientar una acción pedagógica acertada, a su vez que la acción misma con los estudiantes motiva y genera la construcción de saberes docentes que se ponen en marcha y se contextualizan en cada nueva situación.

#### **9.4.3 El uso y valoración del conocimiento práctico en la formación profesional**

Se ha especificado en el apartado anterior que las formadoras expertas no han participado en dispositivos formales de capacitación docente, sino más bien poseen

---

<sup>41</sup>Las mayúsculas son parte del diario escrito por P1.



referentes significativos, además de ir aprendiendo de su propia práctica con los estudiantes, y en ocasiones, indagando en las experiencias de sus colegas. Así entonces, es interesante y coherente la valoración que le otorgan las formadoras expertas a la práctica clínica como un espacio fundamental e irremplazable de aprendizaje y construcción de saber profesional respecto al cómo ejercer los cuidados de enfermería en contextos reales, diversos y problemáticos que son imposibles de imitar en ambientes simulados:

*“No se puede enseñar a poner una sonda, canalizar vías a un muñeco. Se ha de poner en práctica en la vida real. El muñeco no se queja, no tiene problemas, no dice nada. Al paciente se le hace daño (se intenta lo menos posible), charlas con él, el paciente se mueve, colabora contigo o no... toda esta vivencia no se puede aprender en un aula de clase” (DP. P1.8:1).*

Queda claro que el dolor, los conflictos y la interacción con los pacientes son aspectos que afectan el actuar profesional, y son por tanto altamente relevantes en la manera en que se ejerce el cuidado de las personas, cuestión que no es viable de reproducir en el aula. La descripción anterior muestra algunos ámbitos del desempeño profesional de enfermería que son imposibles de resolver de manera netamente técnica, es decir, siguiendo patrones generales, modelos teóricos o indicaciones abstractas recibidas en el aula. Estos aspectos podrían encontrarse en lo que Schön (1998) denomina *terrenos bajos y pantanosos del conocimiento profesional*, donde las situaciones son mucho más complejas, únicas, inciertas, ambiguas y saturadas de conflictos de valores que lo que la aséptica mirada técnica suele mostrar. Esto significa que existen aspectos del desempeño profesional de enfermería que los estudiantes no pueden aprender en un aula de clase, sino que requieren experimentarlos directamente en la práctica mediante un detenido examen del arte profesional. Este arte, según el mismo Schön, es un tipo de saber diferente al conocimiento profesional estándar. *“No es intrínsecamente algo misterioso, es riguroso en sus propios términos y podemos aprender mucho de él... estudiando detenidamente a los prácticos especialmente competentes” (Schön, 1998, 26).*

Las buenas profesoras de enfermería reconocen la formación en el aula como un espacio para conocer la teoría que luego será reconstruida en la práctica. En tal sentido,

las experiencias clínicas no son entendidas como una ocasión para aplicar linealmente lo aprendido en el aula, sino más bien son una oportunidad de crear nuevo conocimiento respecto a *cómo* actuar en contextos o *cómo* desempeñarse profesionalmente en la vida real, lo cual en ningún caso es posible de aprender en el aula:

*“La nuestra es una profesión donde impera la práctica. El alumno ha de ver que todo aquello que aprende en la escuela tiene su aplicación en la vida real y debe matizar la teoría con la experiencia de los profesionales. Resumiría que en la escuela debe mostrarse QUÉ, y en las prácticas ha de verse CÓMO, un “cómo” que no se aprende todo y practicar con montones de muñecos” (DP. P2. 2:6).*

La descripción antes señalada se aproxima a la distinción que Benner (1987) realiza a partir de las propuestas de Polanyi entre el “saber qué” y el “saber cómo”. En tal sentido, el “saber qué” se refiere a un conocimiento disciplinar de enfermería derivado de la racionalidad técnica, que es instrumental, estructurado, acontextual y teórico. Por su parte, el “saber cómo” es un conocimiento tácito que depende fundamentalmente de la experiencia. En dicho contexto, las dificultades surgen cuando el conocimiento académico derivado de la racionalidad técnica es presentado como ideal frente a los estudiantes para desarrollar un razonamiento profesional, lo cual indudablemente no contempla las zonas indeterminadas y situadas de la práctica. Los estudios de Schön y Benner evidencian que el conocimiento académico es abstracto, acontextual, estable y rígido, y que al contrario, el conocimiento derivado de la práctica es inestable, complejo e incierto, como reflejo de la realidad misma, y se construye en un proceso constante de comprensión-transformación-comprensión. El conocimiento práctico clínico es difícilmente verbalizable, por lo cual no puede ser formalizado ni enseñando de manera estructurada y teórica, antes al contrario, sólo puede ser demostrado por el profesional de enfermería de una manera implícita, personal e irrepetible.

El conocimiento académico derivado de la racionalidad técnica es el conocimiento abstracto, descontextualizado y general que producen las disciplinas científicas. El conocimiento práctico puede entenderse, por una parte, como un “conocimiento procedimental” que podemos aplicar a distintas situaciones clínicas o prácticas, correspondiente a un “saber lo que hacer”, que fundamentalmente se compone

de principios, normas, procedimientos y técnicas. Por otra parte, este conocimiento práctico puede entenderse también como un "saber en la acción", que es consecuencia de la biografía del profesional y sus experiencias, conocimientos y su relación *activa* con la práctica. En tal contexto, este saber en la acción responde a experiencias idiosincrásicas difícilmente generalizables de las enfermeras expertas y es el que debería ser fomentado en la formación clínica. De tal manera, este "saber hacer" no es un "saber sobre el hacer", sino un saber tácito, reflejo de una disposición interiorizada que brinda el control práctico de la acción. Este "saber hacer" se desarrolla porque la reflexión sobre el resultado de una acción orienta a la enfermera reflexiva a la siguiente acción, lo cual ocurre "durante" la acción, habilitando a la profesional a realizar inferencias y adaptaciones a la situación, mediante un diálogo entre la situación y la comprensión que realiza la profesional de la misma, reconstruyendo sus saberes profesionales (Medina, 2008).

La experiencia de los profesionales constituye el saber que sólo se puede aprender en la práctica. Las formadoras expertas resuelven situaciones problemáticas de su desempeño profesional construyendo saber en la práctica misma, a la vez que se encuentran junto a los estudiantes en formación, dándoles la oportunidad de visibilizar y aprender de dicho saber construido que es único y contextualizado:

"[En el despacho de las enfermeras de un servicio del hospital, P1 y la estudiante comentando una situación vivida algunas horas atrás.]

*"P1 "En principio, como enfermeras, no amarramos al paciente con sujeciones, pero a este paciente hubo que amarrarlo por todas partes y muy fuerte, arriesgando a que se hiciera úlceras. Todas las sujeciones anteriores el paciente las había cortado con mucha fuerza y agresividad".*

[La alumna la escucha muy atenta y a ratos le va preguntando sobre cómo se actúa en esas situaciones y va comentando sus impresiones]

*P1 "después de todo lo ocurrido yo pensé de nuevo en la situación y me di cuenta de todo lo que habíamos hecho con el paciente, me lo cuestioné éticamente, pero pensé que primero era la vida y la seguridad del propio paciente y también del equipo que lo atendía, y por tanto habíamos hecho bien las cosas" (Obs. C. P1. 33:2).*

Las ocasiones en que la formadora se enfrenta como enfermera profesional a situaciones altamente complejas y con presencia de conflicto de valores, busca la

instancia posterior de reflexionar junto al estudiante respecto a la situación y verbaliza frente a él los cuestionamientos y reflexiones que ella misma realizó respecto a las decisiones tomadas. Este proceso de construcción de conocimiento práctico podría asimiliarse a lo que Schön (1992) denomina la *reflexión sobre la reflexión en la acción*. Esta reflexión retrospectiva implica realizar una descripción verbal de la situación vivida, que considera tanto una conversación reflexiva con la experiencia en cuestión, como con los resultados obtenidos, de manera de poder modificar secundariamente los futuros desempeños. Lo interesante de lo observado con las formadoras expertas es que este proceso de reflexión sobre la reflexión en la acción lo hacen visible para los estudiantes, de tal forma que no solamente ella como profesional aprenda de esta experiencia y conversación reflexiva, sino que también lo hace el estudiante como principiante, tomando parte de dicha conversación con su formador y planteando sus inquietudes.

La reflexión de los profesionales formadores sobre su práctica fomenta una actitud de búsqueda y cuestionamientos, reconociendo la complejidad e incertidumbres de las interacciones y sus consecuencias (Perrenoud 2004). La formación de buenos principiantes implica formar a personas que sean capaces de evolucionar aprendiendo de la experiencia y puedan reflexionar respecto a lo que esperaban hacer, lo que realmente han hecho y los resultados de aquello (*Op.Cit*).

Por otro lado, consecuentemente con la valoración que realizan nuestras formadoras respecto al aprendizaje desde la experiencia, fueron reiteradas las ocasiones durante las observaciones en que estas docentes acercaron su conocimiento práctico a las aulas universitarias durante las actividades que estaban a su cargo con los estudiantes<sup>42</sup>. En dichos espacios formativos, las mejores formadoras utilizaban diversas estrategias que evidenciaban ante los estudiantes las complejidades de la práctica clínica y que era posible que ellos encontraran en el mundo real:

*“Habla [P1] sobre la intimidad de los pacientes, tanto visual como auditiva, por ejemplo, cuando se le hace expectorar, procurar que esté solo... va dando ejemplos de qué hacer en distintas situaciones*

---

<sup>42</sup>Las actividades de aula realizadas con los estudiantes de manera grupal correspondían a clases teóricas, talleres de desarrollo de habilidades clínicas (practicar procedimientos como inyectables, curaciones, control de signos vitales, etc.), además de la realización de seminarios de análisis grupal respecto a las prácticas clínicas en desarrollo.

*relacionadas en las que es probable que se encuentren con sus pacientes” (Obs. A. P1.23:13).*

Así entonces, aún cuando las formadoras reconocen que en el aula se enseña la teoría o el “qué” del actuar profesional, es destacable la manera en que se esfuerzan por llevar al aula la diversidad de situaciones que en base a su propio conocimiento práctico, el estudiante puede encontrar en la realidad, de tal forma que la teoría enseñada se nutra de contextos y sentidos que faciliten al estudiante posteriores acciones acertadas en sus propias prácticas clínicas, sin perderse de los aspectos complejos vinculados con el cuidado de las personas:

*“P3 va dando ejemplos a partir de su propia experiencia y comenta que son cuestiones que muchas veces no se encuentran en los libros. Por ejemplo respecto a los factores que influyen en el niño en una UCI<sup>43</sup> pediátrica: factores ambientales como objetos extraños, sonidos inquietantes, olores desagradables, luces constantes, personas desconocidas, sensación de gravedad, atención a otros pacientes. También factores psicológicos como poca intimidad, dificultad para comunicarse, actitud de los padres, inadecuado conocimiento de la situación” (Obs. A. P3.4:40).*

Los fundamentos que otorga la docente experta respecto al acercamiento que realiza de la experiencia real al aula, se vinculan inicialmente con captar la atención de los estudiantes y provocar en ellos pensamiento vinculado al tema y aprendizajes más duraderos. Para lo anterior, incorpora además la simulación de situaciones o personificación de pacientes, familiares o profesionales:

*“S: He visto que a lo largo de las clases, vas dando ejemplos de lo que dices, incluyendo experiencias personales. ¿Por qué lo haces? ¿Con qué intención?”*

*P3: Como son tantos los alumnos que nunca han tenido contacto con niños, creo que muchas veces no logran entender lo que les digo, no se lo imaginan, o bien no dimensionan lo que significa, entonces les pongo*

---

<sup>43</sup> UCI corresponde a la denominación Unidad de Cuidados Intensivos, el cual es un servicio del hospital, donde encuentran hospitalizados los pacientes –en este caso los niños- en condiciones de mayor gravedad y que muchas veces presentan alteración de la conciencia y asistencia de la respiración mediante equipos externos.

*estos ejemplos a veces un poco exagerados para llamar su atención y hacerlos pensar respecto al tema del que estamos hablando.*

*S: A veces incluso actúas la situación, imitas a las madres o a ti misma...*

*P3: Si, si... creo que de esa manera les puedo impactar más para que se queden después pensando en ello, para que lo recuerden mejor. Hay chicos que luego están conmigo en prácticas y al ver las situaciones reales se acuerdan de lo que vimos en clases y lo comentamos" (E. P3. 4:26).*

La circunstancia antes descrita, donde la formadora expone ante los estudiantes situaciones que visualiza como relevantes y que son difícilmente imaginables por ellos en el aula dado que no tienen experiencias cercanas, posee elementos comunes con la noción que Benner propone como "*to paint a picture*" (Benner et al., 2010) o *imaginación clínica* (Rivera, 2013), la cual se refiere a los momentos donde la formadora mediante preguntas y situaciones reales o imaginarias que les presenta a los estudiantes estimula en ellos el análisis y juicio respecto a los posibles cambios en las condiciones que podría presentar el paciente y/o las posibles acciones profesionales más apropiadas. De alguna manera, las explicaciones y antecedentes que la profesional experimentada entrega al estudiante son una forma de contextualizar su situación clínica y provocar en él pensar, imaginar o recrear la situación, de tal forma de ampliar sus posibilidades de aprendizaje respecto a lo que ocurre en el mundo real y visualizar acciones pertinentes como profesional que van más allá de la aplicación de teoría o seguimiento de reglas o normas establecidas. Una enorme importancia a la contextualización otorgan Benner et al. (2010) a sus hallazgos, cuando observan que las formadoras clínicas utilizan estrategias de contextualización pedagógica que potencian en el estudiante su capacidad para visualizar la singularidad del paciente, formándose también para desarrollar sensibilidad ante los contextos de las personas a su cuidado, con especial atención a las experiencias y preocupaciones de éstas, y desarrollando conciencia sobre la manera y la situación en que llevan a cabo sus habilidades clínicas, evitando la generalización de los pacientes o su etiquetamiento (Rivera, 2013).

Nuestras formadoras hacen uso de aprendizajes que son consecuencia de sus años de experiencia, visualizando también ante los estudiantes ciertos "trucos" o pistas que utilizan en sus acciones profesionales y que pueden facilitarle al estudiante un adecuado desempeño, sin requerir del tiempo que le significó a la formadora aprender dicho saber:

*“Cuando llega el momento de cambiar la aguja corta con la que sacó el medicamento por la larga con la que se puncionará al paciente<sup>44</sup>, sube el tono de voz y comenta que no se debe sacar esa aguja directamente en el contenedor de materiales cortopunzantes por el riesgo de contaminar la jeringa con la cual se administrará el medicamento al paciente. [Esta última indicación no se encuentra disponible normalmente en los manuales de procedimientos]” (Obs. A. P1. 24:6).*

*“¿Cómo sabremos si es fiebre o sobrecalentamiento?” [Refiriéndose a los recién nacidos que se encuentran con alza de temperatura] Nadie responde... “Una pista es tocarle las extremidades, si están frías y el cuerpo caliente es fiebre, si está todo caliente es sobrecalentamiento”. Pregunta si está claro... “siii”- responden muchos, si hay preguntas... “no” señalan algunos con la cabeza. Dice que si alguien quiere preguntar algo, que la interrumpan sin problema” (Obs. A. P3. 35:5).*

La estrategia antes descrita permite, una vez más, acercar a los estudiantes al mundo real en actividades de aula preparatorias a las prácticas clínicas, y la utilizan las docentes del presente estudio. Las formadoras no se limitan a repetir teoría o técnicas tal y como son descritas en los libros, sino que intentan brindar a los estudiantes mayores antecedentes, los mismos que ellas han ido adquiriendo a lo largo de su propio desempeño clínico y de los cuales han ido aprendiendo y construyendo un conocimiento práctico profesional como resultado de su experiencia.

Las docentes expertas saben el porqué de sus acciones de enfermería y frecuentemente brindan a los estudiantes la oportunidad de conocer dichos fundamentos, ya sea mediante explicaciones espontáneas respecto a la situación sobre la que se está trabajando, o bien como respuesta a alguna pregunta de los estudiantes:

*“Luego dice “¿Preguntas?” Algunos alumnos le piden aclaraciones sobre situaciones en las que se deben utilizar guantes estériles. Ella responde dando ejemplos y brinda los fundamentos” (Obs.A. P1. 25:11).*

---

<sup>44</sup> La técnica correcta de administración de medicamentos por vía inyectable especifica que una vez traspasado el medicamento del frasco de origen hacia la jeringa con la que se administrará en el paciente, se debe cambiar la aguja utilizada por una estéril para evitar complicaciones durante o posterior a la administración. Todos los materiales cortopunzantes, entre ellos las agujas, deben desecharse en contenedores especiales para tal propósito.

*"P2 explica a A2 que si un paciente usa broncodilatadores y antiinflamatorios, siempre primero debe aplicar el broncodilatador, describiendo el efecto que ambos tienen sobre los bronquios, además de decirle los fundamentos de la importancia del aseo bucal en estos pacientes" (Obs.C. P2. 6:26).*

El manejo de los saberes asociados a las disciplinas que enseñan y los fundamentos de sus acciones profesionales fue recurrente en las observaciones realizadas a nuestras formadoras expertas. Asimismo, un aspecto destacable en los buenos profesores de diversas materias es la claridad y el manejo que poseen respecto a los conocimientos que deben enseñar (Gros y Romañá, 1995).

Por último, es destacable reconocer las evidencias que disponemos en este estudio respecto a las percepciones de los estudiantes en cuanto al tipo de saber que las formadoras expertas les enseñan, el cual muchas veces sobrepasa aspectos teóricos o instrumentales, abordando cuestiones que no están en libros. Más relevante aún, son los mismos estudiantes quienes manifiestan los cambios profundos que estas formadoras provocan en su manera de pensar:

*"Muchos profesores vienen a enseñarte una clase, a darte una materia, o una enfermedad, en cambio ella [P3] te quiere inculcar... no un estilo de vida, pero sí un estilo de actuar, una manera en que... si sabes que te quieres dedicar a niños, es porque te gusta realmente y tienes una manera especial de actuar. Va más allá solo de la materia, te lo hace ver a medida que va explicando, no se limita solo a enseñar lo que dicen las diapositivas o lo que en teoría debes saber, sino que va más allá" (E. A4. 11:22).*

*"Provoca un cambio en nuestra forma de pensar, hasta ahora hemos pensado como adultos, hemos estado tocando adultos y cuidando adultos, de esta manera nos hace ver que se trata de niños y esto es otra cosa. Uno va recordando y aterrizando en que son cosas diferentes" (E. A2.11:24).*

Queda claro que las formadoras expertas de enfermería participantes de este estudio no limitan sus enseñanzas a transmisiones estáticas y lineales de los saberes academicistas e instrumentales, sino que "van más allá", provocando en los estudiantes descubrimientos y nuevas miradas de la realidad profesional que son indiscutiblemente



necesarias para un desempeño profesional pertinente. Un profesor experto puede provocar cambios en el pensamiento de sus estudiantes no solo en relación al conocimiento, sino también sobre muchos otros aspectos que sobrepasan los contenidos e influyen en las visiones que los estudiantes puedan tener sobre sus propias vidas (Bain, 2006).

## 9.5 DISCURSO Y REALIDAD SOBRE LA INTERACCIÓN ENFERMERA PACIENTE

Esta metacategoría incluye los discursos de la formadora respecto a la interacción enfermera paciente, además de la descripción de sus propias acciones en este ámbito, las cuales son particularmente relevantes para los estudiantes por la alta calidad de los cuidados y la humanización de los mismos. En tal sentido, son los propios estudiantes quienes repiten los modelos de acción profesional de sus formadoras expertas, o bien las destacan como profesionales de excelencia que se convierten en un referente formativo para ellos. Baja relevancia adquiere en el estudio la implicación en un trabajo en equipo de las profesionales investigadas, lo cual es poco visible tanto desde la percepción de los estudiantes, como de las observaciones directas durante el trabajo de campo.

### 9.5.1 El vínculo enfermera paciente que establece la formadora

En el discurso de los profesionales de enfermería recurrentemente destaca la importancia del cuidado humanizado, el respeto y el desarrollo de habilidades para interactuar con los pacientes (Arrollo de Cordero, 2000; Collière, 1986; Cánovas, 2008). Asimismo nuestras formadoras expertas expresan como parte de su discurso la jerarquía que tiene en los cuidados la atención respetuosa hacia el paciente, más que la realización de la técnica:

*“P1: Más que la técnica en sí, intento que den mucha importancia [los estudiantes] a la persona a la cual harán aquella técnica. Han de hablar con ella antes que nada, han de tocarla si es necesario. Han de pensar que van a hacer una cosa que es una intromisión en la vida ajena y han de tener un enorme respeto hacia aquella persona” (DP. P1. 1:10).*

Para los estudiantes las técnicas generalmente adquieren bastante relevancia, no obstante, ha de valorarse y tomar conciencia respecto a las implicancias de nuestra acción profesional sobre cada persona y su entorno, reconociendo que más allá de la patología del paciente existen historias únicas e irrepetibles que influyen mutuamente con la atención de enfermería que se brinde:

*“Creo que las técnicas se sobrevaloran por los alumnos y a menudo éstas con práctica se perfeccionan solas, son importantes, pero tanto como lo que hacemos es el cómo lo hacemos. Intento reforzar una actitud respetuosa y responsable donde se intente implicar al paciente: la primaria permite mostrar la historia de éste (su casa, familia, entorno,...) creo que les enriquece ver cómo una patología o una técnica se ve diferente cuando hay una historia vital detrás, una experiencia única e irrepetible. Intento mostrarles que nuestra intervención puede condicionar la percepción de la enfermedad y la vivencia del paciente y su familia. Intento mostrarles lo importante que es la pasión por lo que uno hace” (DP. P2. 2:12).*

En esta relación de respeto profesional - paciente asume una importancia mayúscula el reconocimiento del paciente como centro del actuar profesional. Esta idea es transmitida frecuente e intensamente por nuestras formadoras hacia sus estudiantes en los distintos espacios formativos:

*“Lo primero siempre es el paciente, no es la medicación, ni los ordenadores, ni yo como docente. Esto es así ahora y cuando seáis profesionales” (Obs. C. P3. 3:5).*

*“P1 dice a los estudiantes que antes de realizar el aseo matinal al paciente es necesario presentarse y hacer alguna pregunta que haga sentir cercano al paciente: ¿Cómo pasó la noche, tiene dolor, cómo están sus hijos, etc.? En especial el primer día” (Obs. A. P1. 2:5).*

Esta importancia que le otorgan nuestras formadoras al trato respetuoso e integral en los cuidados de las personas, tiene relación con la conciencia que ellas han tomado respecto a la ausencia de este tipo de cuidado en el habitual desempeño a nivel de los profesionales de enfermería, y el deber que le significa como formadora ser capaz de hacerlo ver a los estudiantes:

*“S: en la mayoría de las clases, no hablabas solo de los contenidos ni de los cuidados concretos, sino que sobretudo hablabas de la relación con el niño, el cómo llegar a él, que es algo totalmente distinto al adulto... siempre has estado recordando el tema de cuidar a los padres, cuidar a la familia, integrarlos, etc. Has hablado de los sentimientos respecto al paciente, de los sentimientos de ellos, del dolor, de la muerte, de cómo lo lleva el profesional... Lo relaciono mucho con lo que me habías hablado respecto a tu visión de la enfermería, que es una cuestión muy humana y que tú lo vives muy fuerte en tu vida profesional de manera cotidiana.*

*¿Tú crees que esto se puede transmitir a los alumnos, que lo pueden aprender en las clases teóricas?*

*P3: Yo se lo explico supongo que en parte por lo que tú dices, que es un sentir mío, pero también porque veo que es la carencia más importante que hay a nivel profesional y a nivel práctico, o sea los modelos profesionales que ven ellos no tienen generalmente muy incorporado este aspecto, entonces como creo que es una cosa importante en enfermería, creo que mi deber es ayudar a que esto cambie" (E.P3. 9:1).*

Este discurso se convierte en una realidad cuando observamos a nuestras mejores formadoras en su ejercicio profesional, junto a sus pacientes realizando lo que de manera recurrente solicitan a sus estudiantes: brindar una atención integral al paciente, quien constituye el centro de la acción profesional.

*"[S presenta el siguiente relato a P1 observado previamente en su práctica hospitalaria con la estudiante]: "P1 ve que el paciente tiene deposiciones, le dice que lo tendrán que cambiar, lo limpia y acaba el procedimiento de manera rápida, hablándole muy poco a la alumna. A ratos solo le da breves instrucciones, como "coge de aquí, falta limpiar más acá". La alumna colabora activamente del procedimiento (yo también desde una esquina de la cama). Al final la alumna limpia una zona que quedó sucia y que estaba más a su alcance que al de P1. La formadora en medio del procedimiento va preguntando al paciente si está bien, si le molesta, si duele, si queda cómodo, etc. Al acabar, van juntas a lavarse las manos y a dejar el material sucio".*

*S: Cuando surgen este tipo de situaciones, ¿la alumna sabe qué es lo que estabas haciendo y por qué de tal manera? ¿Lo conversan luego o queda en una experiencia solo de observación para ella?*

*P1: No me había dado cuenta que actuaba de la manera que lo describes, pero ahora que me lo preguntas, sí creo que lo primero es el paciente y eso la alumna también lo debe aprender, hay ocasiones en que comentamos lo que hemos hecho con los pacientes y ella me hace preguntas para aclarar algunas cosas" (Obs. P1. 8:6).*

Nuestras formadoras se dan el tiempo para escuchar y dialogar con sus pacientes, incorporando habilidades de comunicación en la atención y brindándoles posibilidades para que el paciente -en este caso la madre- se sienta más tranquila respecto a su situación de salud y lo que esto significa en otros aspectos de su vida:

*“Llega la madre a la unidad de neonatología, P3 le pregunta qué tal, hablan un rato y P3 la ubica para el canguro<sup>45</sup>, toma al bebé, acomoda los cables y se lo pone a la madre sobre su pecho. Mientras tanto la alumna se lava las manos y observa desde aproximadamente 3 metros de distancia. Luego P3 habla con la madre, quien le pregunta cuánto falta para el alta, P3 le explica la situación del niño y el tiempo probable de alta, la madre explica su situación y los problemas familiares, emocionales y geográficos que le ha implicado el hecho que el bebé esté hospitalizado, P3 la escucha atentamente, asiente y le comienza a dar una serie de posibilidades para abordar la situación: alta domiciliaria, visita del hermanito a la unidad, manejo de su estado emocional, etc. La madre le agradece y dice que ahora se queda un poco más tranquila. La alumna está presente observando, pero no participa de la conversación” (Obs. C. P3. 46:2).*

En la situación antes descrita, la estudiante es una observadora de las acciones profesionales. La formadora sabe que ella está allí observando y que ésta también es una manera de aprender, especialmente considerando que en ciertas situaciones, indudablemente el paciente es quien requiere la máxima atención:

*“P1 y estudiante comentan la situación que vivieron por la mañana con un paciente psicótico que no se lograba reducir ni controlar, estaban los residentes, vinieron 3 personas de seguridad, las enfermeras y varios más, P1 me dice que fue todo tan intenso que ella en un principio le dijo a la alumna que se quedara en la sala, pero luego con tanto estrés y agitación se olvidó que la alumna estaba allí. “Mi prioridad en ese momento era el paciente y tratar de controlar la situación, pero tengo muy claro que emocionalmente era una situación muy fuerte para la alumna” (Obs. C. P1. 1: 139).*

Aún cuando los estudiantes no siempre están integrados de manera activa en la atención directa de los pacientes otorgan absoluto reconocimiento a sus formadoras como excelentes profesionales, particularmente en lo referido al trato con sus pacientes desde una perspectiva más bien humanista:

*“El trato con los pacientes es buenísimo, los trata muy bien, con mucho cariño, con mucho respeto. Se ve que todos la quieren muchísimo, le tienen mucho cariño porque les trata muy bien” (E. A1. 48:8).*

---

<sup>45</sup> El canguro es una metodología utilizada en algunas unidades hospitalarias de neonatología, donde los bebés prematuros que se encuentran en incubadora son ubicados en contacto piel a piel en el pecho de sus madres para potenciar el vínculo madre-hijo durante el período de hospitalización, y mejorar las condiciones físicas, emocionales y ambientales del niño y su madre, contribuyendo a su recuperación.

*“Es una persona que tiene muy claro la buena praxis enfermera y realmente se interesa muchísimo por el paciente, se le nota en su actitud, se le nota que tiene gran interés en el paciente, no solo por su patología sino por la persona, tanto psicológicamente como socialmente, tiene un ámbito muy amplio, no solo en la praxis de las técnicas sino también en lo emocional” (E. A4. 13:10).*

*“Yo destacaría el trato que tiene con los pacientes, todos los pacientes me decían “tienes una enfermera muy buena”, y es porque explica las cosas, le dice al paciente lo que va a pasar con sinceridad, no le dice esto no es nada, te lo dice y te lo dice bien, lo dice con cariño cuando te tiene que decir las cosas” (GF. A5. 1:25).*

La formadora de manera habitual saluda a sus pacientes, y cuando va a realizar algún procedimiento se preocupa de proteger su intimidad y de informarle las acciones que llevarán a cabo:

*“P1 y la estudiante entran a la habitación del paciente, quien se encuentra con su esposa, ambas dicen buenas tardes, P1 cierra la cortina que separa del otro paciente de la habitación y P1 le informa al paciente que le cambiarán la vía venosa (previamente el paciente había manifestado que sentía dolor en la vía, por lo cual se la habían cerrado)” (Obs. C. P1. 1:4).*

Frente a aquellas situaciones en las que el paciente presenta evidente dificultad de comunicación por edad, sordera, idioma u otro motivo, la formadora se da el tiempo de repetir varias veces la misma pregunta o comentario al paciente, o bien le habla lento y fuerte hasta que éste le contesta:

*“Se dirigen a la cama de una paciente árabe, P1 se acerca y le comenta en palabras muy sencillas que buscará un mediador cultural para poder comunicarse mejor con él. Le habla lento y breve al responder las preguntas que el paciente le realiza con evidente dificultad en el castellano. P1 repite dos a tres veces las respuestas mirándolo a la cara” (Obs. C. P1. 1:60).*

*“Al ir donde una señora mayor, de unos 90 años, P1 le pregunta a la paciente si se acuerda de ella, cuántos hijos tiene, cómo se llaman, y variadas preguntas a las que la paciente solo en algunas ocasiones contesta. P1 realiza estas preguntas con mucha calma y cuando la paciente no le contesta se la vuelve a repetir varias veces” (Obs. C. P1. 1:62).*

Nuestras enfermeras buscan actuar de manera coherente con sus objetivos profesionales, los cuales no son impuestos ni unidireccionales, antes al contrario, son fuertemente individualizados y contextualizados a la realidad de cada paciente. Lo anterior se logra acordando con el paciente los objetivos a lograr, considerando las preocupaciones y realidades de cada uno de ellos, más que aplicando un plan de cuidados estático y estandarizado:

*“El paciente cuenta siempre para ser atendido, para adaptar toda la información, para tenerlo en cuenta, luego también para negociar los objetivos, porque no te vas a marcar uno u otro si el paciente no está de acuerdo, porque por ejemplo para mí puede ser súper importante que tenga los pies bien cuidados para que un paciente diabético no tenga heridas, pero igual al paciente lo que más le preocupa es que se ha de pinchar la insulina frente a sus compañeros de trabajo y eso le da mal rollo, entonces para priorizar asuntos yo creo que es básico y las condiciones no son las que él quiera, porque los sanitarios somos nosotros y también tienes que dirigir tú, pero teniéndolo en cuenta a él siempre” (E.P2. 5:5).*

Lo anterior resulta fundamental para brindar cuidados de enfermería pertinentes a las necesidades de los diversos pacientes y situaciones, lo cual busca ser transmitido por nuestras buenas formadoras a sus estudiantes desde el aula:

*S: En muchas ocasiones a lo largo de los seminarios,centrabas a los alumnos en el objetivo central de cuidar. ¿Por qué lo hacías, qué importancia tiene para ti?*

*P3: Si tuviéramos claro lo que estamos haciendo y cuál es el objetivo, sabríamos como actuar y haríamos bien las cosas... me sale de adentro, creo que la enfermera tiene que adaptar sus cuidados a los distintos pacientes y situaciones. Por lo tanto, no tengo que explicarles qué hacer -eso ya lo verán en la práctica- sino por qué hacer, con qué objetivo. Si tienen el objetivo claro, se darán cuenta que hay muchas maneras de hacer las cosas y todas son correctas, podrán ver los errores y reconocer las malas prácticas. Creo que siempre en mi vida intento tener claro por qué hago las cosas” (E. P3. 5:28).*

Los pacientes realizan un reconocimiento a nuestras buenas formadoras como excelentes profesionales:

*“Cuando todos entran en la habitación, sale la esposa del paciente, se me acerca y me dice que P1 es excelente enfermera” (Obs. C. P1. 1:12).*

*“Al acabar la curación de la herida de la paciente diabética, la paciente dice “P2 es un tesoro, y también muy buena enfermera” (Obs. C. P2. 6:8).*

Nuestras buenas formadoras tienen, al mismo tiempo, un excelente desempeño profesional desde la perspectiva de los estudiantes y de los pacientes. Esta práctica cuidativa se caracteriza por ser fuertemente humanizada y autónoma, como consecuencia de la claridad que poseen respecto al sentido y fundamento de sus acciones a partir de su propia experiencia y reflexiones, lo cual les brinda seguridad a la hora de tomar decisiones. Aún cuando para ellas es altamente relevante la presencia y formación de los estudiantes en la práctica clínica, frente a las situaciones más bien difíciles y de alto riesgo el centro de su atención es el paciente. Esta enfermería humanista se evidencia tanto desde el discurso que transmiten a los estudiantes en los diversos momentos y espacios formativos, así como también se manifiesta en acciones concretas en su relación diaria con los pacientes, como por ejemplo, la cordialidad en el trato, el respeto de la intimidad, el darse tiempo para explicar al paciente respecto a las diversas acciones que llevarán a cabo, darse el tiempo para escuchar, para comprender y procurar que los pacientes comprendan los mensajes entregados, preocupándose de repetir cuando visualizan que tienen situaciones particulares que dificultan la comunicación con ellos. El tener en consideración al paciente, sus preocupaciones y contextos para la toma de decisiones, de tal forma que estos cuidados le hagan sentido también al paciente, aumentará las posibilidades de perpetuar las acciones cuidativas, aún en ausencia del profesional de enfermería. La manera del cumplir el rol profesional es valorada positivamente y de forma espontánea por los pacientes, quienes expresaron en varias ocasiones su satisfacción por la atención recibida por estas profesionales.

### **9.5.2 La relación de la enfermera con el equipo de salud**

Sin duda, algunas de nuestras enfermeras ejercen un rol central y un trabajo colaborativo en los equipos de enfermería de los que son parte, estableciendo relaciones cordiales y distendidas con quienes lo constituyen:



*“Están P1 y auxiliar poniendo medias a un paciente que desde hace 10 días que no se levanta. P1 le pide a A5 que traiga algo de ropa que falta. Además se encuentra el celador y entre los 3 levantan al paciente. La alumna observa desde los pies de la cama. P1 va dando instrucciones para coordinar los movimientos de los 3: “Dad la vuelta para el otro lado, tomadlo tú de aquí por favor, afirmad este brazo, sujetad firme la espalda, lo levantamos ahora, a la cuenta de 3: 1, 2 y 3, arriba”. P1 le pide a la alumna que traiga gasas y alcohol 70%, cuando lo trae, P1 se lo pasa al paciente para que huelga y le explica a A5 el efecto anti mareo que tiene, luego comenta que antes usaban agua del Carmen 40º y sonrían” (Obs. C. P1. 31:1).*

El liderazgo también es característico de nuestras formadoras con sus pares profesionales de enfermería, lo cual es expresado por pares y jefaturas, significándole a nuestra formadora una mayor responsabilidad:

*“Mi jefa siempre me dice que tengo que ser yo quien le ayude a tirar del carro. Yo noto en las reuniones que lo que yo digo se tiene en cuenta, no te diría liderazgo, pero sí creo que mis compañeros me aprecian mucho y lo que yo digo tiene peso en el equipo, y personas que han venido por estancias cortas también me lo han dicho. Eso también te da más responsabilidad” (E. P2. 5:40).*

Este liderazgo traspasa al equipo de enfermería y evidencia la inquietante búsqueda de la formadora por mejorar la atención de los pacientes, y dentro de este contexto los cuidados del niño y su familia no solo a nivel de su propia práctica profesional, sino a nivel social:

*“Ahora por ejemplo, soy socia fundadora de una fundación que se llama NADOCAT, donde estamos trabajando con el desarrollo del recién nacido de varios hospitales de Barcelona, trabajando con el nuevo enfoque de Europa de la atención en base al desarrollo del niño, integrando a la familia en los cuidados, y como aquí cuesta mucho, con un grupo de profesionales empezamos con unos italianos que también están trabajando esto. Nos juntamos un grupo de médicos, psicólogos, neuropsiquiatras, etc.... La hemos fundado para promover a todos los niveles que cambie un poco en esta área. A nivel de la Generalitat se le ha pedido a este grupo que defina las necesidades de los neonatos, intentaremos hacer cursos para trabajar todo esto porque cuesta cambiar actitudes” (E. P3. 6:4).*

Las relaciones establecidas con el equipo de salud fueron poco observadas durante el trabajo de campo, con lo cual este trabajo logra responder de manera parcial a la interrogante que busca comprender cómo se relacionan las formadoras expertas con los diversos actores del espacio clínico pedagógico y su relación con el actuar pedagógico. Aún así, las formadoras refieren tener una buena experiencia de trabajo en equipo en su desempeño profesional que se caracteriza por las relaciones horizontales y respetuosas, y el trabajo colaborativo:

*“Tuve la gran suerte de poder, en relativamente poco tiempo, trabajar en este equipo de neonatología que tanto me impactó, era un equipo ideal, formado por médicos y enfermeras llenos de ilusión y con un proyecto común, pues habían abierto la unidad hacia un año. Recuerdo el orgullo profesional y personal que todos los miembros sentíamos de pertenecer a aquella unidad, que poco a poco, fue creándose un prestigio y un buen hacer que se reconocía en su ámbito. Recuerdo una época para mí muy feliz, aunque también recuerdo verdaderos disgustos y frustraciones cuando teníamos que enfrentarnos a cualquier situación de injusticia o limitación que por supuesto también se daban” (DP. P3. 3:22).*

*“Me adapté muy bien al equipo y nos apoyamos mucho. Por ejemplo, a mí las vacunas me encantan, las llevo muy bien y aporto en lo que pueda, pero las curas no se me dan bien, es lo que menos me gusta... hay otra compañera que las curas las lleva muy bien, yo le pregunto un montón sobre curas. Ellas en un momento dado tiran de mí, pero yo también tiro del resto y me encanta preguntarles a mis compañeros y que me ayuden porque necesito ayuda un montón de veces” (E. P2.5:31).*

Las manifestaciones vinculadas a la satisfacción que sienten nuestras formadoras respecto al trabajo colaborativo con el equipo de los profesionales de la salud, refleja de alguna manera el reconocimiento de que la labor compartida brinda más fuerza y puede enriquecer la mirada profesional. No presentan una actitud competitiva, sino más bien una postura donde dejan ver que es importante trabajar con otros, ya que permite por una parte visibilizar la relevancia del aporte del rol de enfermería, y a su vez plantearse desafíos mayores a nivel social que contribuyen a cumplir con la responsabilidad que significa para ellos ser profesionales de enfermería. No se observan nuestras formadoras como profesionales individualistas que creen poder resolver todas las situaciones por sí mismas, sino reconocen que requieren del aporte y apoyo de otros profesionales para

abordar diversas situaciones vinculadas con los ámbitos donde se desempeñan, sin que esto signifique traspasar la autonomía para la toma de decisiones del profesional de enfermería.

## 9.6 CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

La finalidad planteada en esta investigación era comprender la práctica pedagógica de las docentes expertas en su rol de formadoras clínicas de los estudiantes de enfermería, y el significado que estas docentes le otorgan a dicha experiencia. Las docentes de enfermería incluidas en este estudio como expertas, tuvieron dicho reconocimiento principalmente por parte del estudiantado, así como también de sus colegas y jefaturas. En dicho marco, esta propuesta se concretó en la comprensión de cinco dimensiones fundamentales: 1) Percepción de los estudiantes respecto a la relación entre el actuar docente y su aprendizaje, 2) Prácticas pedagógicas de las formadoras expertas, 3) Significado de las formadoras respecto a su práctica profesional y pedagógica, 4) Procesos formativos pedagógicos profesionales, y 5) Relación de las docentes con otros actores del entorno clínico pedagógico y vínculo con su práctica formadora.

A continuación presentaré las principales conclusiones para cada una de las mencionadas dimensiones:

- **Percepción de los estudiantes respecto a la relación entre el actuar docente y su aprendizaje**

Las actitudes de acogida, calidez y buena disposición que demuestran las tutoras clínicas expertas a sus estudiantes, favorecen la predisposición de éstas hacia el logro de aprendizajes, ya que visualizan un ambiente seguro y protegido donde sienten la tranquilidad suficiente para probar, atreverse, equivocarse y reparar como parte de un proyecto formativo complejo y amplio. En tal contexto, la exploración cálida y sencilla de la formadora mediante preguntas que indagan en los terrenos más profundos del significado de cuidar, fomentan en las estudiantes el cuestionamiento respecto a las realidades profesionales que están experimentando, sus potenciales para enfrentarlas y las posibles consecuencias de las mismas.

Cuando se establece una *confianza formativa* entre docente y estudiante, la formadora es capaz de reconocer el momento en que la estudiante está preparada para

asumir la realización de actividades de manera más autónoma, y a su vez la estudiante es capaz de reconocer las situaciones en las que debe consultar a su tutora antes de resolver, o bien informar cuando se ha equivocado. Lo anterior es altamente relevante, ya que es una oportunidad dentro de la formación clínica de profesionales de enfermería, para evitar que el error se quede y se perpetúe en la "*cama de los pacientes*", y ambas cuenten con una nueva oportunidad de aprendizaje, especialmente considerando que para aprender a cuidar en muchas ocasiones los estudiantes se deben enfrentar a pacientes en situaciones de fragilidad. En el mismo ámbito, la complicidad demostrada por la docente hacia los estudiantes frente a sus errores en la clínica, permite al aprendiz reconducir sus acciones de enfermería y corregirlas cuando es necesario, sin dañar al paciente ni perder la confianza del mismo hacia la atención que recibe.

Los estudiantes de enfermería reconocen como positivo y necesario que sus formadoras les hagan ver cuando han realizado bien su trabajo mediante la valoración positiva, y que les orienten para centrar los aprendizajes fundamentales dentro de la amplia cantidad y variedad de información a la que acceden, ya que ambas experiencias se convierten en un estimulante o un motor para continuar participando de manera activa y con mayor seguridad en los diversos procesos de formación profesional.

La formadora experta practica recurrentemente lo que Schön (1992) denomina "*decir y demostrar*", como manifestación del diálogo reflexivo establecido entre tutor y aprendiz en la formación profesional. Lo anterior es percibido por el estudiante como una manera de facilitarle el aprendizaje, especialmente cuando posterior a dicha situación el estudiante tiene la oportunidad de imitar la acción. En tal sentido, los estudiantes construyen una imagen profesional de sus tutoras a partir de las observaciones que de ellas realizan, no solo en procedimientos específicos, sino con una mirada más global respecto a su actuar profesional y docente, y su manera de relacionarse con todos los actores del entorno clínico pedagógico. El estudiante realiza una imitación selectiva de la formadora en su propio desempeño, lo cual en este caso contemplaba una amplia gama de acciones virtuosas a imitar.

- **Prácticas pedagógicas de las formadoras expertas de enfermería**

El primer aspecto fundamental a destacar es el interés genuino que demuestran las formadoras expertas por el aprendizaje de sus estudiantes, visualizándolos como futuros colegas, profesionales de enfermería que deberán desempeñarse de manera autónoma y asumirán la responsabilidad del cuidado de otros.

Las profesoras expertas de enfermería *dan la voz* a los estudiantes para que sean ellos quienes expresen, pregunten, respondan u opinen en las diversas situaciones formativas que enfrentan, realizando una construcción activa del conocimiento, más allá de una pasiva recepción de información. Todo lo anterior, a través de estrategias pedagógicas que son resultado de un actuar intuitivo, experimentado y de comprensión contextualizada que realiza el profesional experto, que le permiten hacer explícito lo implícito, pudiendo construir modelos de práctica profesional que consideran:

La *realización de preguntas* promueve integrar los saberes previos y nuevos en los estudiantes, además de potenciar su activa participación en experiencias formativas clínicas y de aula. Cuando dichas interrogantes se realizan a modo de cadena de preguntas y respuestas en la cual la docente va dirigiendo el aprendizaje de los estudiantes hacia una dirección deseada, estamos frente a lo que Medina (2007) denomina *preguntas constructivas*, las cuales facilitan una convergencia progresiva del pensamiento del profesor y los estudiantes mediante un proceso dialéctico de reflexión y aprendizaje. En tal escenario, la realización de preguntas no es unidireccional, sino que también la formadora abre espacios para que sean los estudiantes quienes le realicen preguntas para precisar o complementar explicaciones que no han quedado del todo claras.

Los *anclajes cognitivos* (Guzmán, 2009) desarrollados por los buenos formadores potencian el aprendizaje significativo en los estudiantes, vinculando conocimientos nuevos con saberes preexistentes, tanto en dimensiones teóricas como experienciales.

La utilización del *error como posibilidad formativa* es un continuo en la práctica de las formadoras virtuosas de enfermería, constituyendo un elemento pedagógico natural, transversal y necesario para los procesos formativos de los estudiantes de enfermería. En tal escenario, el buen tutor favorece que el estudiante comprenda que el error es constitutivo del desempeño profesional y la ocurrencia durante sus períodos de

formación es una oportunidad para aprender. Cuando el estudiante reconoce que se equivoca frente a su tutor, y éste lo incorpora al aprendizaje de manera no castigadora, crean un vínculo de confianza y libertad donde el estudiante le otorga poder a su tutor en su proceso de formación, reconociendo en él un referente poseedor de un saber relevante que sabrá aconsejarle o reconducir sus acciones en beneficio de él como estudiante y futuro profesional.

Las *alertas para cuidar* son construcciones intuitivas de la formadora y se producen cuando realiza explicaciones u observa acciones en los estudiantes que le recuerdan aspectos a destacar, ya sea por corresponder a errores comunes entre los alumnos o situaciones importantes para la práctica. En tales ocasiones, el docente manifiesta frente a sus estudiantes dichas alertas para disminuir la posibilidad de consecuencias graves de su actuar frente a la atención de sus pacientes.

El *acercamiento del mundo real al aula* que realizan las formadoras virtuosas de enfermería revela la manera en que, con distinto nivel de conciencia, transforman el conocimiento que poseen en algo enseñable y comprensible para los estudiantes. Este proceso refleja lo que Shulman (1986) denomina Modelo de Razonamiento Pedagógico y Acción. Dichas transformaciones se realizan mediante metáforas, ejemplos o analogías que adaptan los contenidos a las preconcepciones, características y contextos de los estudiantes y logran la búsqueda comprensión del nuevo saber enseñado.

La presentación de buenas experiencias profesionales que motivan al estudiantado, así como las experiencias negativas que les permiten ver que la realidad es compleja y difícil de abordar, son utilizadas por las tutoras expertas como una manera de hacer al estudiante reflexionar, comprender mejor, proyectarse y observar con mayor sentido de realidad la experiencia de ser profesional de enfermería.

Por último, la realización de clases se convierte para nuestra formadora en una oportunidad de transmitir el sentido profundo de la profesión, el significado que ella misma le otorga a la enfermería, al vínculo con sus pacientes y a la necesidad de un cuidado humanizado, instalando en los estudiantes la convicción de que ellos son importantes en estos procesos de cambio para mejorar el desempeño profesional en función del bienestar del paciente. Planteo que la buena formadora necesita transmitir y hacer partícipes a los estudiantes de la necesidad de progresar hacia una enfermería

humanista y mucho más compleja que el simple seguimiento de protocolos, cumplimiento de indicaciones o el reduccionismo deshumanizado con el que en muchas ocasiones se aborda el ejercicio de los cuidados. La realización de clases es una oportunidad para que los estudiantes reflexionen en torno a la frecuente *invisibilización* de las complejidades de cada persona, con el objeto que el profesional *esté presente* con el paciente y lo acompañe en su proceso de salud enfermedad (Collière, 1986).

- **Significado de las formadoras respecto a su práctica profesional y pedagógica**

Más allá de la identificación que las profesionales tienen con la perspectiva vocacional de enfermería, esta profesión les significa una responsabilidad con las personas y con la sociedad que exige rigor en su desempeño y desafíos por elevar el nivel de autonomía profesional, superando la histórica tendencia de subordinación médica. El sentido profundo del cuidado de enfermería tiene relación fundamentalmente con su compromiso con la dignidad humana, en particular de las personas en situaciones de salud-enfermedad de mayor fragilidad y de sus entornos familiares.

La enfermería representa, en similitud con lo que plantea Arrollo de Cordero (2000), un potencial de humanismo que se concreta en acciones para esforzarse en comprender la problemática de salud de cada persona como fenómenos multidimensionales y demostrar actos de calidad humana que generen en el paciente y su familia la confianza suficiente para enriquecer la atención en beneficio del respeto por la dignidad humana. En tal sentido, para las mejores formadoras la enfermería no es una labor cualquiera, sino que incluye sentimientos respecto al ejercicio de los cuidados y sus efectos. En tal contexto, las acciones cuidativas de las mejores formadoras contemplan esfuerzos personales por vincularse con el otro de manera profesional, por relacionarse con las personas en todo el sentido humanista que esto significa, reconociendo al otro en su fragilidad, sus necesidades y su dolor, pero a su vez incorporándolo activamente en el ejercicio del cuidado. Lo anterior requiere un cuidado sensible, profundo y contextualizado, que tiene en consideración al otro, buscando relaciones más bien horizontales que generen confianza y tranquilidad en el individuo y en su familia, en lugar de relaciones paternalistas y dependientes.



La práctica de los cuidados a su vez, induce en las formadoras expertas un efecto espejo donde proyectan o imaginan en sus pacientes a personas que para ellas son significativas, lo cual le da un sentido más profundo a su trabajo para brindar cuidados con un alto nivel de calidad. En tal escenario, los profesionales de enfermería que son sensibles al mundo interno de los pacientes para ejercer los cuidados necesarios para cada persona en su contexto, tienen el riesgo de romper la relación terapéutica, haciendo propio el sufrimiento de su paciente, y generando ansiedad y preocupación que dificultan su actuar profesional. En palabras de Cánovas (2008, 227), esta incapacidad de distanciamiento lo denomina "*quedarse en el interior del pozo*". Lo anterior constituye un aspecto fundamental a tener en consideración en los procesos formativos de los estudiantes de enfermería.

Por su parte, la enfermería es considerada por las mejores formadoras como una profesión poco valorada por la sociedad, lo cual además de sus antecedentes históricos, se perpetúa por la falta de convicción profesional para tomar decisiones autónomas y enfrentar los conflictos. Aún así, las formadoras expertas confían en las capacidades de sus estudiantes para impulsar cambios importantes en la enfermería, lo cual es transmitido y reflexionado en diversas actividades formativas que desarrollan con ellos.

Ser enfermera y docente es una gran responsabilidad con la dignidad de la persona cuidada/formada, dados los efectos que significa su acción profesional en la salud/formación de dicha persona y en su entorno familiar. El compromiso social que implica lo anterior requiere necesariamente incluir en su desempeño como enfermeras y docentes, las necesidades, dificultades, intereses, motivaciones, preocupaciones, desafíos del paciente y del estudiante. En tal sentido, el docente es capaz de construir conocimiento práctico cuidativo y conocimiento práctico pedagógico (Elbaz, 1991) cuando tiene apertura a las condiciones del contexto, haciendo partícipe activo al paciente y estudiante en dichas construcciones, frente a situaciones únicas, contextualizadas y profundamente significativas para los actores que son parte de la acción cuidativa o de la acción formativa.

Así entonces, es coherente plantear que nuestras buenas formadoras de enfermería enseñan a sus estudiantes a cuidar, ejerciendo en primer lugar un cuidado humanizado y de calidad con sus propios estudiantes, con un genuino interés por el bienestar del otro y de su desarrollo profesional. No es extraño entonces que las formadoras consideradas

expertas sean a su vez consideradas como profesionales de enfermería ejemplares tanto para los estudiantes, como para sus colegas, jefaturas y pacientes.

- **Proceso formativo pedagógico profesional**

El compromiso con la dignidad humana que demuestran las buenas formadoras de enfermería tiene origen en sus experiencias con personas significativas, particularmente sus padres, de quienes han heredado el sentido que le dan a la vida, al compromiso con el otro y a la satisfacción por el trabajo de calidad. Esta herencia adquiere sentido profesional cuando tempranamente en su etapa de estudiantes de enfermería visualizan referentes o modelos profesionales y docentes que inciden en su descubrimiento sobre el significado de la enfermería y la formación. Estos modelos otorgan a las formadoras un marco de referencia para su desempeño como enfermeras y formadoras de futuros profesionales de enfermería, que está asociado a valores, significados profesionales y docentes, establecimiento de relaciones interpersonales y ejemplos para la acción formadora.

Escasa relevancia adquiere la preparación formal en programas de formación docente para el logro de una docencia de enfermería altamente virtuosa. Al contrario, las propias experiencias de las profesionales son las que logran orientar su acción pedagógica acertada, la cual motiva y genera la construcción de saberes docentes que se ponen en marcha y se contextualizan en cada nueva situación. Lo anterior reflejaría la relevancia del conocimiento práctico para el formador experto, que incluye la imbricación entre las experiencias y conocimientos actuales del formador, además de su relación directa con la acción misma en la práctica (Carter, 1990).

Existen ámbitos únicos y contextualizados del desempeño profesional de enfermería, como el dolor, los conflictos y la interacción con los pacientes, que las buenas formadoras reconocen como altamente relevantes en la manera en que se ejerce el cuidado de las personas, y son imposibles de reproducir en el aula, por lo cual deben ser experimentados por los aprendices directamente en la práctica. Lo anterior tiene similitudes con la distinción que Benner (1987) realiza a partir de las propuestas de Polanyi entre el "saber qué" y el "saber cómo". En este sentido, el "saber qué" es un conocimiento disciplinar de enfermería derivado de la racionalidad técnica, que es

instrumental, estructurado, acontextual y teórico; y el "saber cómo" se refiere a un conocimiento tácito, que depende fundamentalmente de la experiencia y se construye en un proceso constante de comprensión-transformación-comprensión. El conocimiento práctico clínico es demostrado por la formadora experta de enfermería de una manera implícita personal e irrepetible que permite a los estudiantes imaginar y proyectar su propio desempeño práctico. La formadora expone ante los estudiantes situaciones que visualiza como relevantes y que son difícilmente imaginables por ellos en el aula, dado que no tienen experiencias cercanas, lo cual según Benner (2010) corresponde a la *imaginación clínica*, la cual se refiere a los momentos donde la formadora mediante preguntas y situaciones reales o imaginarias que les presenta a los estudiantes, estimula en ellos el análisis y juicio respecto a los posibles cambios en las condiciones que podría presentar el paciente y/o las posibles acciones profesionales más apropiadas. De tal manera, las buenas formadoras potencian en los estudiantes desarrollar la sensibilidad ante la singularidad de las personas y sus contextos, siendo más conscientes de sus acciones y los escenarios donde las llevan a cabo.

Las ocasiones en que la formadora experta se enfrenta como enfermera profesional a situaciones con sus pacientes altamente complejas y con presencia de conflicto de valores, busca la instancia posterior de reflexionar junto al estudiante respecto a la situación y verbaliza frente a él los cuestionamientos y reflexiones que ella misma realizó respecto a las decisiones tomadas. Este proceso de construcción de conocimiento práctico es similar a lo que Schön (1992) denomina la *reflexión sobre la reflexión en la acción*.

Está claro en este estudio que las formadoras expertas de enfermería no limitan sus enseñanzas a transmisiones estáticas y lineales de los saberes academicistas e instrumentales, sino que "*van más allá*", provocando en los estudiantes descubrimientos y nuevas miradas de la realidad profesional que son indiscutiblemente necesarias para un desempeño pertinente y contextualizado.

- **Relación de las formadoras expertas con otros actores del entorno clínico pedagógico y su vínculo con la práctica formadora**

La práctica cuidativa de las buenas formadoras se caracteriza por ser fuertemente humanizada y autónoma como consecuencia de la claridad que poseen respecto al sentido y fundamento de sus acciones a partir de su propia experiencia y reflexiones, lo cual les brinda seguridad frente a la toma de decisiones.

Aún cuando para ellas es altamente relevante la presencia y formación de los estudiantes en la práctica clínica, frente a las situaciones más bien difíciles y de alto riesgo el centro de su atención es el paciente. En tales contextos, la formadora reconoce al estudiante como un observador que aprende, y en ocasiones busca las instancias para dialogar y reflexionar sobre lo ocurrido.

Esta enfermería humanista se evidencia tanto desde el discurso que transmite a los estudiantes en los diversos momentos y espacios formativos, así como también en acciones concretas de su vínculo respetuoso y humanizado con los pacientes. El tener en consideración al paciente, sus preocupaciones y contextos para la toma de decisiones, de tal forma que estos cuidados le hagan sentido también al paciente, aumentará las posibilidades de perpetuar las acciones cuidativas por parte del paciente o su familia, aún en ausencia del profesional de enfermería.

En consecuencia, las buenas formadoras de enfermería resultan ser excelentes profesionales desde la perspectiva de pacientes y de estudiantes, convirtiéndose para estos últimos como un modelo a seguir en su desempeño profesional. Este referente se convierte en tal, en la medida que el estudiante visualiza en el profesional una coherencia entre su discurso y su práctica, tanto en su interacción con los pacientes como con ellos mismos, ambos como sujetos de cuidado humanizado.

Ahora bien, este estudio ha logrado abordar y responder las interrogantes planteadas inicialmente respecto a las prácticas pedagógicas de las formadoras expertas de profesionales de enfermería, especialmente en lo referido a la formación clínica. No obstante, es importante señalar que aún cuando las profesoras seleccionadas para nuestro estudio en su conjunto presentaban prácticas pedagógicas y profesionales virtuosas, ellas mismas se reconocían como profesionales y formadoras que aún tenían mucho por aprender y mejorar, así como también en ocasiones dudaron y cometieron

errores que luego hicieron conscientes. En tal sentido, estas formadoras no tenían prácticas perfectas, ni tampoco presentaron todas ellas la totalidad de las acciones pedagógicas aquí sistematizadas, con lo cual es posible plantear que para ser un formador experto en enfermería no se requiere dar cumplimiento de manera reduccionista a la totalidad de las acciones derivadas de este estudio, sino que es requisito en primer lugar estar dispuesto e interesado por el aprendizaje profundo y multidimensional del estudiante como futuro profesional de enfermería. Con lo anterior, parece sensato afirmar que las prácticas pedagógicas aquí expuestas no constituyen recetas reduccionistas para lograr buenos resultados de aprendizaje, sino más bien nos exponen escenarios pedagógicos frente a los cuales los y las formadoras de enfermería podremos reflexionar, digerir y transferir a nuestras propias realidades, no sin antes reconocer las complejidades de los contextos en los que nos desempeñamos, de tal manera de ejercer una práctica pedagógica facilitadora de los procesos de aprendizaje de los estudiantes de acuerdo a sus propias necesidades como sujeto.

## 9.7 REFLEXIONES FINALES

Haber indagado en las prácticas pedagógicas de las mejores formadoras de enfermería nos brinda posibilidades de progresar, en primer lugar, respecto al significado del cuidado de enfermería como aspecto fundamental en la formación de futuros profesionales. En tal sentido, la práctica pedagógica de las mejores formadoras de enfermería está impregnada de un significado de cuidado humanizado, con elevados niveles de coherencia respecto a su actuar docente y a su efecto en los estudiantes como personas y futuros cuidadores.

Ahora bien, reiterando y destacando nuevamente que este estudio no buscaba de manera alguna establecer un modelo estricto de actuación pedagógica en enfermería replicable de manera acontextual, en donde se conciba que determinada actuación pedagógica tendrá de manera unívoca resultados óptimos en los aprendices; es posible destacar que existen escenarios pedagógicos, que teniendo en consideración las características propias contextos, nos permitirán orientar las acciones de los formadores novatos de enfermería, particularmente en lo referido a su capacidad para reflexionar en torno a los diversos contextos formativos que deben enfrentar.

El actuar docente de las mejores formadoras no fue estandarizado ni estructurado en torno a metodologías de enseñanza lineales o aprendidas formalmente, antes al contrario, nos encontramos con prácticas pedagógicas que se adaptaban a cada escenario educativo, y donde la docente desarrollaba estrategias más bien de tipo intuitivo, en búsqueda de un vínculo entre los saberes previos del estudiante y el nuevo conocimiento presentado. En tal sentido, los resultados encontrados en este estudio nos invitan a estar más atentos, a detenernos a examinar las complejidades de los escenarios pedagógicos e intentar desarrollar mayor sensibilidad respecto al estudiante que tenemos frente a nuestros ojos para reconocerlo como una persona única con sus propias características, saberes y contextos que lo constituyen.

Hubo muchas similitudes entre los resultados de esta investigación y las evidencias hasta ahora disponibles respecto a las actuaciones pedagógicas de los profesores expertos en diversos niveles educativos, incluido el universitario. No obstante, hubo una particularidad que es propia de la actuación de los buenos formadores en enfermería y que se relaciona con una potente coherencia entre el actuar

profesional y el actuar como formadora. Existe un espejo entre el vínculo que establece el profesional de enfermería con sus pacientes, versus el vínculo que establece con sus estudiantes. El buen formador, en primer lugar siente un alto nivel de responsabilidad al ejercer el rol formador, al mismo tiempo que cuida a sus estudiantes no de manera paternalista ni estandarizada, sino que mediante un cuidado altamente contextualizado, que se adapta a las necesidades formativas de su estudiante. Es un cuidado humanizado basado en el respeto mutuo, en la confianza formativa y en la consideración del otro como protagonista de sus procesos formativos, lo cual hace este trabajo muy significativo, especialmente para quienes nos vinculamos en forma directa con el ámbito de la formación de profesionales de enfermería.

A su vez, es destacable la relevancia que adquiere el conocimiento práctico que construyen las profesionales en base a sus experiencias y en la propia acción formativa, sin requerir de su participación en programas de formación pedagógica formales.

Con todo lo anterior, resulta sensato reconocer que proyectar procesos de formación docente en formadores de enfermería no va en la orientación de presentarles un modelo de acción pedagógica lineal a replicar de manera acontextual, sino que requiere instalar espacios de discusión y reflexión entre los formadores, en primer lugar respecto a cómo concebimos el cuidado y cómo concebimos a la persona que estamos cuidando/formando. Tomando conciencia de estos significados y de su coherencia con nuestras acciones pedagógicas, podremos ir reconociendo en el mismo actuar docente aquellas prácticas pedagógicas que se adaptan a las necesidades formativas de nuestros estudiantes para potenciar sus aprendizajes, y en última instancia, mejorar los cuidados.

Tal y como decía Perrenoud (2004) respecto a que los formadores somos modelos porosos para nuestros estudiantes, sin duda podremos convertirnos en un referente profesional para los estudiantes de enfermería cuando visualicen una coherencia entre el discurso que enseñamos respecto a cómo cuidar de manera humanizada y la forma en que realmente cuidamos de ellos.

Este proceso de formación/investigación ha significado para mí un profundo proceso de maduración intelectual que ha permitido el reconocimiento de mis propias limitaciones y posibilidades, en primer lugar como formadora de futuros profesionales de enfermería, y en segundo lugar, como investigadora que busca aportar a la construcción de conocimiento riguroso para el desarrollo de la enfermería. Un proceso

que ha requerido de una disposición a desaprender lo que hasta ahora parecía cierto e incuestionable, una dedicación a innumerables lecturas y comprensiones de las realidades que en muchas ocasiones parecían incoherentes o contrastantes, descubrimientos de nuevos sentidos a experiencias y realidades como persona/enfermera/formadora. Todo lo anterior ha favorecido una búsqueda incansable por el logro de una coherencia ontoepistémica que supera ampliamente la replicación de modelos o aplicación de técnicas de investigación descontextualizadas, y me ha permitido hacer visible lo invisible en términos de mis propias capacidades para involucrarme y al mismo tiempo distanciarme de los escenarios investigados y mis experiencias y saberes como formadora de futuros profesionales de enfermería. El proceso de construcción de tesis en muchas ocasiones me hizo sentir profundamente en los terrenos pantanosos mencionados por Schön (1992), donde no había certezas ni estructuras claras para enfrentar y tomar decisiones. Lo anterior requirió de procesos reflexivos que me permitieron ir construyendo un conocimiento práctico en base al cual me permití, en diálogo con colegas y particularmente con mi tutor, probar-me, cuestionar-me, cavilar, reflexionar, errar y acertar mediante la toma de conciencia de mis acciones y decisiones. Todo lo anterior no habría sido posible, sin el profundo sentido que tenía para mí este trabajo y sus potenciales resultados. Al final comprendí que la práctica experta de los profesionales de enfermería tiene su origen en el sentido humano de los cuidados, lo cual en lo personal creo es reflejo de la libertad y dignidad humana.

Muchas inquietudes surgen a propósito de los resultados de este estudio y mis propias reflexiones, que sin lugar a dudas se convertirán en oportunidades para continuar la construcción y sistematización de conocimiento vinculado a la formación profesional de enfermería. Dichas inquietudes se relacionan, entre otras, con las siguientes interrogantes:

¿Qué implicancias tiene una práctica pedagógica experta en el aprendizaje de los estudiantes de enfermería, más allá de la percepción?

¿Qué posibilidades significaría para la práctica pedagógica de los formadores novatos un programa de formación que potencie la reflexión respecto a su actuar docente y cuidativo?



¿Cómo son los procesos llevados a cabo por los estudiantes, que les permiten discriminar y replicar una práctica cuidativa virtuosa, de una que no lo es?

¿Cuáles son las prácticas pedagógicas que favorecen perpetuar en el tiempo las acciones cuidativas virtuosas y por qué?

¿Qué implicancias tiene para el cuidado de las personas el actuar virtuoso de los profesionales de enfermería?

¿Qué aspectos posibilitan y limitan la prolongación en el tiempo de un actuar virtuoso profesional, en lugar de una automatización deshumanizada al brindar cuidados de enfermería?

Las mencionadas, entre otras interrogantes, quedan como desafíos para futuras exploraciones en el campo de la formación de profesionales de enfermería, que sin duda abrirán posibilidades para comprender de manera más profunda y contextualizada estos procesos de formación y las implicancias tanto en los formadores, como en los estudiantes, y en definitiva, en los cuidados de los pacientes que son el sentido último de la profesión de enfermería.

### Referencias bibliográficas:

- Abell, S. K. (2008). Twenty years later: Does pedagogical content knowledge remain a useful idea? *International Journal of Science Education*, 30(10), 1405-1416.
- Allen, D. (2004), Re-reading nursing and re-writing practice: towards an empirically based reformulation of the nursing mandate. *Nursing Inquiry*. 11(4), 271-83.
- Altuntas, S. (2012). Mentorship relations among academician nurses in Turkey: An assessment from the viewpoints of mentors and mentees. *Nurse Education Today*. 32, 652-656.
- Angulo Rasco, J.F. (1999). De la investigación sobre la enseñanza al conocimiento docente. En Pérez Gómez, A., Barquín Ruiz, J. y Angulo Rasco, J. F. (Eds). *Desarrollo profesional del docente. Políticas, investigación y práctica*. (pp.261-289). Madrid: Akal.
- Arrollo de Cordero, G. (2000). Humanismo en enfermería. *Revista de enfermería*. IMSS. 8(2), 61-63.
- Arroyave - Bernal, C. A. (2011). "Trayectorias negociaciones y aplicaciones del conocimiento experto en pacientes médicos con cáncer". Paper presented at *The annual meeting of the Seventh International Congress of Qualitative Inquiry, University of Illinois at Urbana-Champaign Illini Union, Urbana, IL*.
- Atkinson, T. & Claxon, G. (2002). *El profesor intuitivo*. Barcelona: Octaedro.
- Baerheim, A. & Jacobsen, T. (2005). Utilizing theatrical tools in consultation training. A way to facilitate students' reflection on action? In *Medical Teacher*. 27(7), 652-654.
- Bain, K. (2006). *Lo que hacen los mejores profesores universitarios*. Valencia: Publicaciones de la Universitat de Valencia.
- Barbosa, M. & Rezende, F. (2006). Tutors' experience in a distance educational program: progress and challenges. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 10(20), 473-486.
- Bardallo, MD. (2010). *Entre la enseñanza y el aprendizaje. Un espacio de saberes para compartir*. Tesis doctoral. Facultad de Pedagogía. Universitat de Barcelona.

- Barnett, R. (2002). *Claves para entender la universidad. En una era de supercomplejidad*. Girona: Ediciones Pomares, S.A.
- Bazán, D. (2002). Pedagogía social y pedagogía crítica: Nexos y fundamentos básicos. *Revista de pedagogía crítica Paulo Freire*. 1(1), 49-62.
- Bellman L.M. (1996). Changing nursing practice through reflection on the Roper, Logan and Tierney model: the enhancement approach to action research. *Journal of Advanced Nursing*. 24, 129–138.
- Benedito, V. (1996). Formación del profesorado universitario. Análisis de programas para la mejora de la docencia en las Universidades catalanas. In I. U. d. Deusto (Ed.), *Evaluación de experiencias y tendencias en la formación del profesorado*. Bilbao: Mensajero, SA.
- Benedito, V. (1998). La formación del profesorado: Evaluación y calidad. Presentado en: *Hacia un modelo de formación inicial del profesorado universitario*, Universidad Las Palmas de Gran Canaria.
- Benedito, V. (2000). Formación institucional del profesorado universitario. Artículo presentado en *VI Congreso Interuniversitario de Organización de Instituciones educativas*. Granada.
- Benedito, V., & Formosinho, J. (1999). Políticas de formación en el profesorado universitario. Presentado en *La calidad en la docencia universitaria*, Santiago de Compostela.
- Benedito, V., Ferrer, V. & Ferreres, V. (1995). *La formación universitaria a debate*. Universidad de Barcelona: Servicio de Publicaciones.
- Benner, P. (1987). *Práctica progresiva en enfermería*. Barcelona: Grijalbo. Traducido del original: *From novice to expert*. (1984).
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2010). *Educating nurses. A call for radical transformation* (1a. ed.). United States of America: Jossey-Bass.
- Berliner, D. (1986a). De predecir la eficacia docente a comprender a los profesores eficaces. Presentado en *Pensamientos de los profesores y toma de decisiones*, Huelva.
- Berliner, D. (1986b). In Pursuit of the Expert Pedagogue. *Educational Researcher*, 15(7), Aug-Sept. 5-14.

- Bevis, E. (1989). *Curriculum building in nursing. A process*. (3 ed.). New York: National League for nursing.
- Boletín Oficial del Estado. Núm.61. Sec 1. Pág. 27743- 27751. (2011). Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2011/03/12/pdfs/BOE-A-2011-4551.pdf>
- Bolivar, A. (1993). Conocimiento didáctico del contenido y formación del profesorado: El programa de L. Shulman. *Revista Interuniversitaria de formación del profesorado*. (16), 113-124.
- Borduas, F. et al. (2001). The longitudinal case study: from Schön's model to self-directed learning. In *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 21(2), 103-109.
- Boud, D. & Walker, D. (1998). Promoting reflection in professional courses: the challenge of context. In *Studies in Higher Education*. 23(2), 191-206.
- Brawn, R. (2002). Lo formal y lo intuitivo en la ciencia y en la medicina. En Atkinson y Claxton (eds) 2002. *El profesor intuitivo*. (pp 193-211). Barcelona: Octaedro.
- Broadfoot, P. (2002). Evaluación e intuición. En Atkinson y Claxton (eds) 2002. *El profesor intuitivo*. (pp. 255-279). Barcelona: Octaedro.
- Brockbank, A. & McGill, I. (2002). *Aprendizaje reflexivo en la educación superior*. Madrid: Morata.
- Brown, L y Coles. (2002). La toma de decisiones complejas en el aula. En Atkinson y Claxton (eds) 2002. *El profesor intuitivo*. (pp. 212-232). Barcelona: Octaedro,
- Browne, A. (2001). The influence of liberal political ideology on nursing science. *Nursing Enquiry*. 8(2), 118-129.
- Brunner, J. (2009). *La Universidad: Sus derechos e incierto futuro*. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.
- Buckley, S., Coleman, J., Davidson, I., Khan, K., Zamora, J., Malick, S., et al. (2009). The educational effects of portfolios on undergraduate student learning: a Best Evidence Medical Education (BEME) systematic review. BEME Guide No. 11. *Medical Teacher*. 31(4), 282-298.
- Burton, A.J. (2000). Reflection: nursing's practice and education panacea? *Journal of Advanced Nursing*. 31, 1009-1017.

- Cabalín, D., Navarro, N., Zamora, J., & San Martín, S. (2010). Concepción de estudiantes-docentes del buen profesor universitario. Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera. Artículo presentado en *V Congreso Internacional de Educación en Ciencias de la Salud*, Universidad Austral. Valdivia. Chile.
- Calvo, C (1993) Del mapa escolar al territorio educativo. En Osorio, J. & Weistein, L. (eds). *¿Crisis de la educación o crisis de la escuela?* Santiago de Chile: Consejo de Educación de Adultos de América Latina.
- Cameron, B.L. & Mitchell, A.M. (1993). Reflective peer journals: developing authentic nurses. *Journal of Advanced Nursing* 18, 290-297.
- Campos, A. (2006). Importancia de las relaciones interpersonales en los cuidados de enfermería. *Episteme*. Universidad del Valle de México. 8-9. Año 2.
- Canil de Segura, N; Carrizo de Nieva, G; Guidetti, B; Tillar de Leiva Daza, E, & Orellana, C. (2006) Relación pedagógica: pilar de la acción tutorial. *Visión enfermería actualizada*. 2(5), 19-27.
- Cánovas, M.A. (2008). *La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/11073/CanovasTomas.pdf;jsessionid=3973C1A4F8055F4B8DB3FB59D6BEEC9F.tdx2?sequence=1>
- Carlson, E; Pilhammar, E. & Wann-Hansson, Ch. (2010). "This is nursing": Nursing roles as mediated by precepting nurses during clinical practice. *Nurse Education Today*. 30(8), 763-767.
- Carr, W. & Kemmis, S. (1988). Una aproximación crítica a la teoría y la práctica. En *Teoría crítica de la enseñanza*. BCN: Martínez Roca.
- Carter, K. (1990). Teachers Knowledge and Learning to teach. In R. Houston (Ed.), *Handbook of research of teacher education* (pp. 291 - 310). New York: MacMillan.
- Cassidy, I; Butler, M; Quillinan, B; Egan, G; McNamara, M; Tuohy, D; Bradshawa, C; Fahy, A; O' Connor, M. & Tierney, C. (2012). Preceptors' views of assessing nursing students using a competency based approach. *Nurse Education in Practice*. 12, 346-351.

- Castillo Parra, S., & Vessoni Guioti, R. (2007). La relación tutor-estudiante en las prácticas clínicas y su influencia en el proceso formativo del estudiante de Enfermería. *Educare* 21. 38.
- Chambers, N. (1999). Close Encounters: The use of critical reflective análisis as an evaluation tools in teaching and learning. *Journal of Advanced Nursing*. (29) 4, 950-957.
- Clegg, S. (1999). Professional education, reflective practice and feminism. *International journal of inclusive education*. 3(2), 167-179.
- Coffey, A. & P. Atkinson (2003). *Encontrar sentido a los datos cualitativos*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Cohen, H. (1988). *La enfermera y su identidad profesional*. Barcelona: Grijalbo.
- Collière, M.F. (1993) *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: Interamericana-McGraw Hill.
- Collière, MF. (1986). Invisible care and Invisible Women as Health Care-Providers. *International Journal of Nursing Studies*. 23 (2), 95-112.
- Cònsul, 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. Universitat de Barcelona.
- Croxon, L. & Maginnis, (2009). C. Evaluation of clinical teaching models for nursing practice. *Nurse Education in Practice*. 9(4), 236-243.
- Cunningham, A. & Benedetto, S. (2002). *Using digital video tools to promote reflective practice*. Society for Information Technology and Teacher Education International Conference. Chesapeake, VA. 551-553.
- De Alba, A. (1991). *Evaluación curricular. Conformación conceptual del campo*. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- De Alba, A. (2000). Educación: contacto cultural, cambio tecnológico y perspectivas postmodernas. En Buenfil Burgos, Rosa Nidia (coordinadora) *En los márgenes de la educación. México a finales del milenio*, Plaza y Valdés-Seminario de Análisis de Discurso Educativo. 254. (pp. 87-112)
- De Bono, E. (1994). *El pensamiento creativo: El poder del pensamiento lateral para la creación de nuevas ideas*. Barcelona: Paidós.

- De la Cuesta Benjumea, C. (2010). La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento en enfermería. *Texto y Contexto enfermagem*. 19(4), 762-6. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71416100020>
- De la Garza Toledo, E. y Leyva, G. (2012) (eds.) *Tratado de metodología de las ciencias sociales: perspectivas actuales*. México: FCE. Pp. 397-419.
- Dewey, J. (1989). *Cómo pensamos. Nueva exposición de la relación entre pensamiento reflexivo y proceso educativo*. Barcelona: Paidós.
- Di Silvestre, M. C. (2012). *Investigación Cualitativa: Fundamentos y Metodología*. Santiago: PIMOedit.
- Díaz, F. (2002). El mentoring como estrategia de desarrollo y aprendizaje. *Capital humano*. 158, 104-105.
- Diez, G., Enrique Javier. (2009). El capitalismo académico: la reforma universitaria europea en el contexto de la globalización. *Revista iberoamericana de educación*. 50 (1).
- Dinkelman, T. (2003). Self Study in teacher education a jeans and tool for promoting reflective teaching. *Journal of Teacher Education*. 54 (1), 6-18.
- Doménech, F. (1999). *Proceso de enseñanza/aprendizaje universitario*. Barcelona: Publicaciones de la Universidad Jaume I.
- Donahue, M.P. (1985). *Historia de la enfermería*. España: Doyma.
- Dreyfus, H. L. (1979). *What computers can do: the limits of artificial intelligence*. Nueva York: Harper and Row.
- Dreyfus, H. L., & Dreyfus, S. E. (1980). *A five-stage model of the mental activities involved in directed skills acquisition*. Berkeley. Universidad de California: Informe financiado por la Air Force Office of Scientific Research (ASFC). Contrato F49620-79-c0063.
- Dreyfus, H. L., & Dreyfus, S. E. (1985). *Mind over machine. The Power of Human Intuition and Expertise in the Era off the Computer*. Nueva York: McMillan The Free Press.

- Dreyfus, S. E. (1982). Formal models vs. human situational understanding: inherent limitations on the modeling of business expertise. *Office: Technology and People*. (1), 133-155.
- 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.
- Durgahee, T. (1996). Promoting reflection in postgraduate nursing: a theoretical model. *Nurse Education Today*. 16, 419-426.
- El Espacio Europeo de la Enseñanza Superior (1999). Declaración conjunta de los ministros europeos de Educación, reunidos en BOLONIA el 19 de Junio de 1999. Recuperado de: [http://www.eees.es/pdf/Bolonia\\_ES.pdf](http://www.eees.es/pdf/Bolonia_ES.pdf)
- Elbaz, F. (1981). The teacher's "Practical Knowledge" Report of a Case Study. *Curriculum Inquiry*. 11(1), 43-71.
- Elbaz, F. (1991). Research on teacher's knowledge: the evolution of a discourse. *Curriculum studies*. 23(1), 1-19.
- Elbaz, F., & Elbaz, R. (1983). Knowledge, Discourse and practice: A response to diario's "knowledge, autonomy and the practice of teaching". *Curriculum inquiry*. 13 (2), 151-156.
- Elisworth, J. (2002). Using Student Portafolios To Increase Reflective practice among Elementary Teachers. *Journal of Teacher Education*. 53 (4), 342-355.
- Elliott, J. (1993a). Professional Education and the Idea of practical Education Science", en J.C. Elliott (Ed), *Reconstructing Teacher education*. Teacher development, Londres, The Flamer Press, pp 65-85.
- Elliott, J. (1993b). *Reconstructing Teacher education*. Teacher development, Londres, Flamer Press.
- Erickson, F. (1989). Métodos cualitativos de investigación sobre la enseñanza. *La investigación en la enseñanza II. Métodos cualitativos de observación*. M. Wittrock. Barcelona: Paidós Educador MEC.
- Faria, J. & Casagrande, L. (2004). A educação para o século XXI e a formação do professor reflexivo na enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 12(5), 821-827.



- Feixas, M. & Valero, M. (2003). El Portafolios y el SEEQ como herramientas de desarrollo profesional. En Gairín, J. i Armengol, C. (Eds.). *Estrategias de formación para el cambio organizacional*. (pp 275-284). Barcelona: CISSPRAXIS.
- Fernández, E. (2003). Plan de enseñanza de Enfermería por competencias en la Universidad Europea de Madrid (I). *Educare* 21, 3.
- Fernández, J. (2002). Paulo Freire y la educación liberadora. In J. Trilla (Ed) *El legado pedagógico del Siglo XX para la escuela del siglo XXI*, (2º ed.) (pp. 313-341). Barcelona: Graó.
- Ferreira Da Silva, R., & Sá-Chaves, I. (2008). Reflexive formation: teachers' representations about the use of reflexive portfolio in the forming of medical doctors and nurses. *Interface - Comunicacao, Saúde, Educacao*, 12(27), 721-734.
- Ferrer, E. (2003). Una experiencia de cuidado desde la teoría del caos. *Revista electrónica educare* 21, 2. Recuperado de: <http://enfermeria21.com/educare/educare02/ensenando/ensenando1.htm>
- Ferrer V. (1997) Complejidad y sentido de la existencia. La expansión del conocimiento y la complejidad del mundo. En *Proyecto docente. Didáctica general*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Freidus, H. (2000, April 24-28). Fostering Reflective Practice: Taking a Look at Context. Paper presented at *The Annual Meeting of the American Educational Research Association*. New Orleans. LA.
- Freire, P. (2005). *Pedagogía del oprimido*. 2º Ed. México: Siglo XXI Editores S.A. de C.V.
- Fundichely, M. & Zaldívar, I. (1999). Autoestima en el personal de enfermería. *Revista cubana de enfermería*. 15(3), 184-9.
- García Aretio, L. (2001). *La educación a distancia: de la teoría a la práctica*. Barcelona: Ariel Educación.
- García, C. y Martínez, M.L. (2001). *Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. Madrid: Harcourt.

- GENCAT. (2011). *El proceso de Bolonia*. Recuperado de [http://www.gencat.cat/economia/ur/ambits/universitats/sistema/ees/proces\\_bolonia/index\\_es.html](http://www.gencat.cat/economia/ur/ambits/universitats/sistema/ees/proces_bolonia/index_es.html)
- Gess-Newsome, J. & Lederman, D. (Eds.). (1999). *Examining Pedagogical Content Knowledge - The Construct and its Implications for Science Education*. Dordrecht: Kluwer.
- Getliffe, K. (1996). An examination of the use of reflection in the assessment of practice for undergraduate nursing student. *International Journal of Nursing Studies*, 33(4), 361-374.
- Gibson, J. (2009). The five "es" of an excellent teacher. *The clinical teacher*, 6(1), 3-8.
- Gimeno Sacristán & Pérez Gómez. (1992). *Comprender y transformar la enseñanza*. Madrid: Morata.
- Gimeno Sacristán, J. (2005). *La educación que aún es posible*. Madrid: Morata.
- Gimeno Sacristán, J. (2008). *Educación por competencias. ¿Qué hay de nuevo?* Madrid: Morata.
- Gimeno Sacristán, J., & Pérez Gómez, A. (1983). *La enseñanza: su teoría y su práctica*. Madrid: Akal editor.
- Glaze J .E. (2001) Reflection as a transforming process: student advanced nurse practitioners' experiences of developing reflective skills as part of an MSc programme. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 639-647.
- Glynn, D. (2012). Clinical judgment development using structured classroom reflective practice: a qualitative study. *Journal of nursing education*, 51(3), 134-139.
- Gomes, J. & Casagrande, L. (2002). A educação reflexiva na pós-modernidade: uma revisão bibliográfica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(5), 698-703.
- González & Ortiz, F. J. (2008). Barnett, Ronald. Los límites de la competencia. El conocimiento, la educación superior y la sociedad, Barcelona, 2001, Gedisa. *Investigación bibliotecológica*, 22(46), 229-235. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/ib/v22n46/v22n46a11.pdf>
- González Velázquez, M. (2004). Evaluación educativa en enfermería. *Desarrollo científico de enfermería*, 12(6), 171-174.
- González, J. & Wagenaar, R. (2003). *Tuning Educational Structures in Europe*. Bilbao: Universidad de Deusto. Universidad de Groningen.

- Gros Salvat, B., & Romañá, T. (1995). *Ser profesor. Palabras sobre la docencia universitaria*. Barcelona: Publicaciones de la Universidad de Barcelona.
- Grossman, P. (2005). Un estudio comparado: las fuentes del Conocimiento Didáctico del Contenido en la enseñanza del inglés. *Profesorado. Revista de currículum, y formación del profesorado*, 9(2), 1-18.
- Grundy, S. (1994). El currículum como práctica. En Grundy, S. *Producto o praxis del currículum*. 2º ed. (pp. 87-112). Madrid: Morata
- Guba, E. (1983). Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. En J. Gimeno Sacristán y Pérez Gómez, A. (Ed.), *La enseñanza: su teoría y su práctica* (pp. 148-165). Madrid: Akal.
- Guzmán, C. (2009). *El conocimiento profesional del profesorado de enseñanza media de liceos focalizados como prioritarios de la región de Valparaíso: procesos de construcción y transferencia a la práctica docente*. Valparaíso: Fondo de Investigación y desarrollo en Educación. MINEDUC Chile.
- Habermas, J. (1989). *Conocimiento e interés*. Madrid: Taurus.
- Haley, M & Wesley- Nero, S. (2002, March 29-30). *Dialogic construction and Reflective practice: A teacher Educator's Action Research Study of Teacher as Learner*. Paper presented at The Tex Flec Conference, Austin Tx.
- Hallett, Ch. (1997). Learning through reflection in the community: the relevance of Schön's theories of coaching to nursing education. In *International Journal of nursing education*. 34(2), 103-110.
- Hanna, D. (2002). *La enseñanza universitaria en la era digital*. Barcelona: Octaedro.
- Hargreaves, J. (2004) So how do you feel about that? Assessing reflective practice. *Nurse Education Today*. 24, 196-201.
- Hawes, G. (2012). *Competencias en el marco de la universidad pública*. Santiago: Universidad de Chile.
- Hernández Sampieri, R; Fernández C. & Baptista P. (2010). *Metodología de la investigación*. Parte 3. El proceso de investigación cualitativa. 5º edición. (pp. 360-542). México D.F: McGrawHill.
- Hernández, F. (2002). Docencia e investigación en Educación Superior. *Revista de investigación educativa*, 20(2), 271-301.

- Hernández, J. (2010). *La enfermería frente al espejo: Mitos y realidades*. Documento de trabajo. 162. Fundación alternativas.
- Imbernón, F. (2003). *La formación docente del profesorado universitario. Entre la realidad, el deseo y la utopía*. Barcelona. Universidad de Barcelona.
- Imbernón, F. (2008). *Los retos de la universidad del futuro*. Universidad de Barcelona. Documento policopiado.
- Joelle, K. Jay. & Kerry, L. Johnson (2002). Capturing complexity: a typology of reflective practice for teacher education. *Teaching and Teacher Education*. 18, 73-85.
- Johnson, D. (2002). La intuición, la cultura y el desarrollo de la alfabetización académica. En Atkinson y Claxton (eds) 2002. *El profesor intuitivo*. (pp. 303-320). Barcelona: Octaedro.
- Kemmis, S. (1998). *El currículum: más allá de la teoría de la reproducción*. Madrid: Morata.
- Kinsella, E. A. (2007). Technical rationality in Schon's reflective practice: Dichotomous or non-dualistic epistemological position. *Nursing Philosophy*, 8(2), 102-113.
- Kok, J. & Chabeli, M. (2002). Reflective journal writing: How it promotes reflective thinking in clinical nursing education: a students' perspectiva. *Curationist*. 25(3).
- Kornblit, A; Camaroti, A. y Wald, G. (2012). *Salud, Sociedad y derechos: Investigaciones y debates interdisciplinarios*. Buenos Aires: Teseo.
- Kuiper, R., Pesut, D., & Kautz, D. (2009). Promoting the Self-Regulation of Clinical Reasoning Skills in Nursing Students. *The Open Nursing Journal*, 3, 76-85.
- Laranjeira, C. (2006). Aprendizagem pela experiencia em enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*. Rio de Janeiro, 14(2). 176-81.
- Lavelly, C. (1987) *Expertise in teaching: Expert Pedagoges*. Miami, Institute for Instructional Research an Practice. University of South Florida.
- Le Boterf, G. (2007). *Professionnalise. Le modèle de la navigation professionnelle*. Paris: Eyrolles.
- Lillo M. (2002). Antropología, género y enfermería contemporánea, *ROL Enfermería*. 25(12), 56-62.

- Litwin, E. (1997). *Las configuraciones didácticas. Una nueva agenda para la enseñanza superior*. Barcelona: Paidós.
- López de Maturana, S. (2010). Las complejidades emergentes en las historias de vida de los "buenos profesores". *Polis. Revista de la Universidad Bolivariana*. 9(25), 255-267. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/polis/v9n25/art15.pdf>
- Loughran, J., Munhall, P. & Berry, A. (2008). Exploring pedagogical content knowledge in science teacher education. *International Journal of Science Education*, 30(10), 1301-1320.
- Mallik, M (1998). The role of nurse educators in the development of reflective practitioners: a selective case study of the Australian and UK experience. *Nurse Education Today*. 18, 52-63.
- Mamede, S., Schmidt, H., & Penaforte, J. (2008). Effects of reflective practice on the accuracy of medical diagnoses. *Medical Education*, 42(5), 468-475.
- Mann, K., Gordon, J., & MacLeod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Advances in health science education: theory and practice*, 14(4), 595-621.
- Mantzoukas, S. & Watkinson, S. (2008). Redefining reflective practice and evidence-based practice discourses. *International Journal of Nursing Practice*. 14(2), 129-134.
- Marcelo, C. (2009). Marco general de Investigación sobre la enseñanza en la Universidad. *Revista Brasileira de Docência, Ensino e Pesquisa em Educação Física*, 1(1), 4-24.
- Maykut P, y Morehouse R. (1999). *Investigación cualitativa. Una guía práctica y filosófica*. Barcelona: Hurtado ediciones.
- Mcmahon, A. (2002). El desarrollo de la intuición profesional. En Atkinson y Claxton (eds) 2002. *El profesor intuitivo*. (pp. 179-192). Barcelona: Octaedro,.
- Medina, J. L. & Lenise do Prado, M. (2009). Currículum de enfermería como prototipo de Tejné: Racionalidad instrumental y tecnológica. *Texto y contexto enfermagem*. 18(4), 617-626.
- Medina, J. L. (1999). *La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes.

- Medina, J.L. (2002). *Proyecto docente*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Medina, J. L. (2005). *Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermería*. Barcelona. Publicacions i edicions Universitat de Barcelona.
- Medina, J. L. (2006). *La profesión docente y la construcción del conocimiento profesional*. Buenos aires: Magisterio del Río de la Plata.
- Medina, J.L. & Borrasca, B. (2013). *Enseñanza y aprendizaje en la educación superior*. Madrid: Síntesis.
- Medina, J.L. & Jarauta, B. (2013). Análisis del conocimiento didáctico del contenido de tres profesores universitarios. *Revista de educación*, 360 (131).
- Medina, J.L. (2003). *Pedagogía del Cuidado: Problemática epistemológica, construcción disciplinar y realidades prácticas*. Alicante: Universidad de Alicante.
- Medina, J.L. (2007). *Aprendizaje reflexivo: La enseñanza reflexiva en el seno de las EESS*. Documento policopiado. Universidad de Barcelona.
- Medina, J.L. (2008). De mapas y territorios. El problema de la formalización de los saberes profesionales en el currículum. *Asociación española de enfermería en urología*. Núm. 107. Julio/Agosto/ Septiembre.
- Medina, J.L.; Schubert, V; Lenise do Prado, M. & Sandin, M.P. (2010). La enfermería como grupo oprimido: Las voces de las protagonistas. *Texto y contexto enfermagem*, 19(4), 609-617.
- Menéndez Varela, J. (2009). La noción de competencia en el Proyecto Tuning. *Observar*, 3, 5-41.
- Miró Bonet, M. (2008). *¿Por qué somos como somos? Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976)*. Tesis doctoral. Universitat de les Illes Balears, Islas Baleares.
- Mooney, M., & Nolan, L. (2006). A critique of Freire's perspective on critical social theory in nursing education. *Nurse Education Today*, 26(3), 240-244.
- Moreno, T. (2010). El currículum por competencias en la universidad: más ruido que nueces. *Revista de la educación superior*, XXXIX (154), 77-90.
- Morin, E. (1998). Sobre la reforma de la Universidad. In J. Porta & M. Lladonosa (Eds.), *La Universidad en el cambio de siglo* (pp. 19-28). Madrid: Alianza Editorial.

- Morin, E. (2003). *Introducción al pensamiento complejo*. (6 Edición). Barcelona: Gedisa S.A.
- Morrison, K. (1996). Developing Reflective Practice in Higher Degree Students through a Learning Journal. In *Studies in Higher Education*. 21 (3), 317-332.
- Mortari, L. (2002). Tras las huellas de un saber. En Diótima (2002). *El perfume de la maestra*. Barcelona: Icaria. 153-175.
- Myrick, F; Yonge, O; Billay, D. (2010) Preceptorship and practical wisdom: A process of engaging in authentic nursing practice. *Nurse Education in Practice*. 10 (2), 82-87.
- O'Connell, E. (2008). Therapeutic relationships in critical care nursing: A reflection on practice. *Nursing in Critical Care*, 13(3), 138-143.
- Orland-Barak, L. (2005). Portafolios as evidence of Reflective practice. *Educational Research*. 47(1), 25-44.
- Palma, R. (2001). *José Ortega y Gasset. Misión de la Universidad*. Recuperado de: <http://www.esi2.us.es/~fabio/mision.pdf>
- Paravic, T. (2010). Enfermería y globalización. *Ciencia y enfermería*. 16(1). 9-15.
- Parentini, R. (2002). *Historia de la enfermería. Aspectos relevantes desde sus orígenes hasta el Siglo XX*. Montevideo: Trilce.
- Paterson, B. (1995) Developing and maintaining reflection in clinical journals. *Nurse Education Today*. 15 (3), 211-222.
- Pearson, W. (1998). Reflection and nursing education. *Journal of Advanced Nursing*. 27. 165-170.
- Peiró, A. (2008). Percepción de los alumnos de enfermería de las cualidades, aptitudes y valores observados en los profesionales durante sus prácticas asistenciales. *Ética de los Cuidados*. 1(1). Recuperado de: <http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6763.php>
- Perrenoud, P. (2004) *Desarrollar la práctica reflexiva en el oficio de enseñar*. Barcelona: Graó.
- Por, J; Barriball, L; Fitzpatrick, J. & Roberts, J. (2011) Emotional intelligence: Its relationship to stress, coping, well-being and professional performance in nursing students. *Nurse Education Today*. 31(8), 855-860.
- Pulido, A. (2009). *El futuro de la Universidad*. Madrid: Delta.

- Ray, M. (2005) La riqueza de la fenomenología: preocupaciones filosóficas, teóricas y metodológicas. In Morse (Ed) *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Antioquia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española*. II Tomo. XXII Ed. Madrid: Espasa Calpe.
- Reinman, A. (1999). The evolution of roletaking and guided reflection framework in teacher education: recent theory and quantitative syntesis of research. In *Teaching and Teacher Education*. 15, 597-612.
- Rivera, L.N. (2013). *Saber y experiencia de él/la estudiante de enfermería en sus prácticas de cuidado*. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona. Barcelona.
- Rivera, M. & Herrera, L. (2006). Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(Especial), 158-163.
- Rodríguez Rojo, M. (2000). Sociedad, Universidad y profesorado. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, nº 38, Agosto, 79-99
- Rodríguez, M. (2012). *El arte del cuidado: Un legado reflexivo de saber*. Tesis Doctoral. Universidad Europea de Madrid.
- Rodríguez, S. (coord.) (2004). *Manual de tutoría universitaria*. Barcelona: Octaedro/ICE Universitat de Barcelona.
- Rogers, R. (2001). Reflection in Higher Education: Concept Analysis. *Innovative Higher Education*. 26(1), 37-57.
- Romaña, T., & Gros, B. (2003). La profesión del docente universitario del siglo XXI: ¿Cambios superficiales o profundos? *Revista de enseñanza universitaria*, 21, 7-35.
- Ruiz Olabuénaga, J. (2003). *Metodología de la investigación cualitativa*. (3º ed.). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sa-Chaves, I. (Org.). (2005). *Os "portfólios" reflexivos (também) trazem gente dentro: reflexões em torno do seu uso nahumanização dos processos formativos*. Porto: Porto Editora.
- Sahd, R. (2003). Reflective practice: A critical analysis of data-based studies and implications for nursing education. *Journal of Nursing Education*. 42 (11), 488.



- Sandín, MP (2003). *Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones*. Madrid: McGraw-Hill.
- Sanjuán Quiles A. & Ferrer Hernández M. (2008). Perfil emocional de los estudiantes en prácticas clínicas. Acción tutorial en enfermería para apoyo, formación, desarrollo y control de las emociones. *Investigación y Educación en Enfermería*. 26(2), 226-235.
- Sanjuán Quiles A. & Martínez Riera JR. (2008). Nuevo enfoque en el proceso de enseñanza-aprendizaje para la interrelación de conocimientos y formación de clínica/comunitaria. *Investigación y Educación en Enfermería*. 26 (2 supl), 150-159.
- Scanlan, J. & Chernomas, W. (1997). Developing the reflective teacher. *Journal of Advanced Nursing*. 25,1138-1143.
- Scanlan, J.M. et al (2002). Unravelling the unknowns of reflection in classroom teaching. *Journal of Advanced Nursing*. 38 (2), 136-143.
- Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos: Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. (2º ed.). Barcelona: Paidós.
- Schön, D. (1998). *El profesional reflexivo. Como piensan los profesionales cuando actúan*. Barcelona: Paidós.
- Schwab, J. (1969). Un enfoque práctico como lenguaje para el currículum. En Gimeno Sacristán y Pérez Gómez, 1983. *La enseñanza: Su teoría y su práctica*. Madrid: Akal editor.
- Segarra, I; Garrido, M; Fuentes, R & Serrano. (1995). Efectos del género femenino sobre la enfermería, un factor de progreso o retroceso, *XVI Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente: Ante los problemas de la marginación: las enfermeras responden*. ADEA, Palma de Mallorca, 359-368.
- Sennett, R. (2003). *El respeto. Sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad*. Barcelona: Anagrama.
- Shulman, L. (1986). Those who Understand: Knowledge Growth in Teaching. *Educational researcher*, 15(2), 4-14.
- Siles, J. (2005). La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista. *Index de enfermería*, 50, 7-9.

- Sotelo, I. (1993). *España y Europa: problemas socioculturales de la convergencia: conferencia pronunciada en el Centre Cultural Bancaixa*. Valencia: Bancaixa, D.L.
- Stake, R. (1995). *The Art of Case Study Research*. London: SAGE Publications, Inc.
- Taylor, S. J. & Bogdan, R. (2008). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- Teekman, B. (2000). Exploring reflective thinking in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 31(5), 1125-1135.
- Timaná, Q. (2006). El profesor, centro de la vida universitaria. *Educación y educadores*, 9(1), 191-196.
- Torsvik, M. & Hedlund, M. (2008). Cultural encounters in reflective dialogue about nursing care: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 63(4), 389-396.
- Trier, D. (2000, April 24-28). Using Popular "School Films" To Engage Student Teachers in Critical Reflection. Paper presented at the *Annual meeting of the American Educational Research Association*. New Orleans.
- UNESCO. (2009). *Conferencia mundial sobre educación superior*, París.
- Universidad. *Revista Brasileira de Docência, Ensino e Pesquisa em Educação Física*. 1 (1), 04-24.
- Uribe, T. & Jaramillo, D. (2002). La condición femenina: influencia en el desarrollo de la enfermería y en el desarrollo humano de las (los) profesionales. *Investigación y educación en enfermería*, 20(2), 132-139.
- Usher, R. & Bryant, I. (1992) *La educación de adultos como teoría, práctica e investigación*. El triángulo cautivo. Madrid: Morata.
- Vallés, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Van Manen, M. (1998). *El tacto en la enseñanza. El significado de la sensibilidad pedagógica*. Barcelona: Paidós.
- Vasconcelos, C; Schubert, V. & Martini, J. (2011). La evaluación en la enseñanza de grado en enfermería en América Latina. Una revisión integrativa. *Enfermería Global*. 10(3).
- Vásquez R, & Angulo, F. (2003). *Introducción a los estudios de casos. Los primeros contactos con la investigación etnográfica*. Archidona (Málaga): Aljibe, S.L.

- Villar Angulo, L.M. (1995). *Un ciclo de enseñanza reflexiva. Estrategia para el diseño curricular*. Bilbao: Ediciones Mensajero.
- Wagner, A. & Seymour, M. (2007) A model of caring Mentorship for nursing. *Journal for nurses in staff development*. 23 (5), 210-211.
- Walker, S; Dwyer, T; Moxham, L; Broadbent, M; Sander, T. (2012). Facilitator versus preceptor: Which offers the best support to undergraduate nursing students? *Nurse Education Today*. In Press, Corrected Proof, Available online 11 January 2012.
- Watson, J. (1985). *Nursing: Human Science and Human Care*. New York: National League for Nursing.
- Wenger, E. (2001). *Comunidades de práctica: aprendizaje, significado e identidad*. Barcelona: Paidós.
- Williams, GR & Lowes, L (2001). Reflective practice. Reflection: possible strategies to improve its use by qualified staff. *British Journal of Nursing*. 10(22), 1482-1488.
- Wilshaw, G & Bohannon, N. (2003). Reflective practice and team teaching in mental health care. *Nursing Standard*. 17(50), 33-37.
- Wilson-Barnett, J. et al. (1995). Clinical Support and the Project 2000 nursing student: Factors influencing this process. *Journal of advances nursing*. 21, 1152-1158.
- Wittrock, M. (1997). *La investigación en la enseñanza, I. Enfoques, teorías y métodos*. Barcelona: Paidós Educador.
- Zabalza, M. (2002). *La enseñanza universitaria. El escenario y sus protagonistas*. Madrid: Narcea.